



CenterLight Healthcare
Programa de atención integral para las
personas de edad avanzada (PACE)

FORMULARIO

Lista de medicamentos cubiertos

Del 1 de enero 2025 al 31 de diciembre de 2025

Este formulario se actualizó el 10/01/2025. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros, CenterLight Healthcare PACE al 1-833-252-2737 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o visite www.centerlighthealthcare.org.

CenterLight Healthcare

Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE)

Formulario de 2025 (Lista de medicamentos cubiertos)

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID 00025206, Version 1.6

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

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a CenterLight Healthcare PACE. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a CenterLight Healthcare PACE.

Este documento incluye una lista de medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 1 de octubre de 2024. Comuníquese con nosotros para obtener un Formulario actualizado. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

¿Qué es el Formulario de CenterLight Healthcare PACE?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por CenterLight Healthcare PACE con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con medicamentos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, CenterLight Healthcare PACE cubrirá los medicamentos incluidos en el Formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de CenterLight Healthcare PACE y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, comuníquese con nosotros.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurre el 1 de enero, pero podemos agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el medicamento genérico nuevo, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero agregar restricciones nuevas. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de CenterLight Healthcare PACE?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Medicamentos y Alimentos considera que un medicamento de nuestro Formulario no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les avisaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el Formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. O bien, podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas.

Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento, debemos notificar a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.

Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de CenterLight Healthcare PACE?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2025 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2025, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin restricciones nuevas para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, a partir del 1 de enero del año siguiente, dichos cambios lo afectarían y es importante que verifique la lista de medicamentos del 1 de enero de 2026. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CenterLight Healthcare PACE comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y en la portada posterior.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 1. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría “Cardiovascular Agents” (Medicamentos cardiovasculares). Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página I-1. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

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

¿Qué son los medicamentos genéricos?

CenterLight Healthcare PACE cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** CenterLight Healthcare PACE exige que usted (o su médico) obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la autorización de CenterLight Healthcare PACE antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene autorización, es posible que CenterLight Healthcare PACE no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** para ciertos medicamentos, CenterLight Healthcare PACE limita la cantidad del medicamento que cubrirá CenterLight Healthcare PACE. Por ejemplo, CenterLight Healthcare PACE proporciona 180 por 30 días por receta para Endocet en comprimidos orales de 10-325 mg. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** en algunos casos, CenterLight Healthcare PACE requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que CenterLight Healthcare PACE no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le resulta efectivo para usted, CenterLight Healthcare PACE cubrirá el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando el Formulario que empieza en la página I-1 También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado por Internet documentos para explicar nuestras restricciones de autorización previa y de tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a CenterLight Healthcare PACE que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de CenterLight Healthcare PACE?” en la página vi para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?

Los medicamentos de venta libre (OTC) son medicamentos sin receta que, normalmente, no están cubiertos por un plan de medicamentos con receta de Medicare. CenterLight Healthcare PACE paga por ciertos medicamentos OTC. CenterLight Healthcare PACE proporcionará estos medicamentos OTC, sin costo alguno para usted.

A continuación, se muestra una lista de las categorías OTC cubiertas por CenterLight Healthcare PACE. Tenga en cuenta, sin embargo, que es posible que no cubramos todos los elementos de cada categoría. Hable con su Equipo Interdisciplinario (IDT) si tiene preguntas.

Antihistamínicos	Salicilatos
Descongestionantes	AINE
Antitusivos	Vitamina B
Laxantes	Multivitaminas
Antidiarreicos, probióticos	Calcio
Antiácido	Hierros
Antagonista H-2	Gotas para los ojos (lágrimas)
Digestivo	Gotas para los oídos (Debrox)
Gastrointestinal, motilidad	Antifúngicos: tópicos
Antiinfecciosos vaginales	Limpiadores antisépticos tópicos
Acidificantes gastrointestinales varios	Antiflatulento (gas X)

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

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (Lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con el Equipo de coordinación de servicios y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que CenterLight Healthcare PACE no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede solicitar al Equipo de coordinación de servicios una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por CenterLight Healthcare PACE. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por CenterLight Healthcare PACE.
- Puede solicitar que CenterLight Healthcare PACE haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito que se haga una excepción al Formulario de CenterLight Healthcare PACE?

Puede solicitarle a CenterLight Healthcare PACE que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, CenterLight Healthcare PACE limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, CenterLight Healthcare PACE solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura para una excepción al Formulario o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.**

Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la recepción de la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se concede su solicitud de acelerar el proceso, debemos tomar una decisión a más tardar 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

Como participante nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el Formulario. O bien, es posible que esté tomando un medicamento incluido en el Formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al Formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea participante de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días (o 31 días si reside en centros de atención a largo plazo). Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta 30 días (o 31 días si reside en centros de atención a largo plazo) del medicamento. Después

del primer suministro para 30 días (o 31 días si fuese el caso), no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido participante del plan durante menos de 90 días.

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

Política de transición

Los participantes nuevos en nuestro plan pueden tomar medicamentos que no están en nuestro Formulario, o que están sujetos a ciertas restricciones, como la autorización previa o al tratamiento escalonado. Los participantes actuales también pueden verse afectados por los cambios en nuestro Formulario de un año a otro. Los participantes deben hablar con sus médicos para decidir si deben cambiar a un medicamento diferente que cubramos o solicitar una excepción al Formulario para que el medicamento esté cubierto.

Comuníquese con el Servicio para los participantes si su medicamento no está en nuestro Formulario, está sujeto a ciertas restricciones, como la autorización previa o el tratamiento escalonado, o ya no estará en nuestro Formulario el próximo año, y si necesita ayuda para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para solicitar una excepción al Formulario.

Durante el período en que los participantes están analizando con sus médicos determinar el curso de acción correcto, podemos proporcionar un suministro temporal del medicamento que no está en el Formulario si esos participantes necesitan un resurtido del medicamento durante los primeros 90 días de la nueva afiliación a nuestro Plan. Si usted es un participante actual afectado por un cambio de Formulario de un año a otro, le damos la oportunidad de solicitar por adelantado una excepción al Formulario para el año siguiente.

Cuando un participante acude a una farmacia de la red y le proporcionamos un suministro temporal de un medicamento que no está en nuestro Formulario, o que tiene restricciones o límites de cobertura (pero que, por lo demás, se considera un “medicamento de la Parte D”), cubriremos un suministro para 30 días (a menos que la receta sea para menos días). Después de cubrir el suministro temporal de 30 días, generalmente no volveremos a pagar estos medicamentos como parte de nuestra política de transición. Le proporcionaremos un aviso por escrito después de que cubramos su suministro temporal. En este aviso se le explicará los pasos que puede seguir para solicitar una excepción y cómo trabajar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que cubramos. Si un participante nuevo es residente de un centro de atención a largo plazo (como una residencia para ancianos), cubriremos un suministro temporal de transición para 31 días (a menos que la receta sea para menos días).

Tenga en cuenta que nuestra política de transición solo se aplica a aquellos medicamentos que son “medicamentos de la Parte D” y que se dispensan en una farmacia de la red. La política de transición no se aplica a un medicamento que no sea de la Parte D o a un medicamento en una farmacia fuera de la red.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de CenterLight Healthcare PACE, consulte los materiales de su plan.

Si tiene alguna pregunta sobre CenterLight Healthcare PACE, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Si tiene Medicare y tiene preguntas generales sobre la cobertura para medicamentos con receta, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante 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 CenterLight Healthcare PACE

El Formulario proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por CenterLight Healthcare PACE. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página I-1.

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

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si CenterLight Healthcare PACE tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Guía de abreviaturas

Abreviaturas	Descripción
PA	Se aplica autorización previa
PA NSO	PA solo para nuevos comienzos
PA BvD	Parte D frente a Parte B solamente
PA-HRM	PA para medicamentos de alto riesgo
QL	Se aplica el límite de cantidad
ST	Se aplica el tratamiento escalonado
LA	Medicamento de acceso limitado

ST NSO	ST solo para nuevos comienzos
CB	Beneficio limitado
GM	Solo hombres
GF	Solo mujeres
EDAD (máximo x años)	Autorización previa con límite de edad

CenterLight Healthcare PACE limita la cobertura de las tiras reactivas de glucosa en sangre y el control continuo de la glucosa (CGM) a los siguientes productos de Abbott Diabetes Care en la farmacia:

Tiras reactivas Freestyle
 Insulinx Tiras reactivas
 Freestyle Tira reactiva
 Freestyle Lite Tira reactiva
 Precision Xtra
 Tira reactiva Precision Xtra Beta Ketone
 Tira reactiva Freestyle Precision Neo
 Productos FreeStyle Libre

Tenga en cuenta que puede haber límites para la cobertura de los productos mencionados anteriormente, como límites de cantidad. Llámenos al 1-833-252-2737 (TTY 711) si tiene alguna pregunta.

que ha discriminado de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a CenterLight Healthcare PACE Service Coordination Team, 136-65 37th Ave., Flushing, NY 11354, por teléfono al 1-833-CL-CARES (1-833-252-2737), por fax al

718-944-1235 o por correo electrónico a ServiceCoordination@centerlight.org. Puede presentar un reclamo en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para interponer un reclamo, comuníquese con el Servicio para los participantes al 1-833-CL-CARES (1-833-252-2737), de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o hacerlo por correo o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F HHH
Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los Formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**CENTERLIGHT HEALTHCARE PACE
LANGUAGE ASSISTANCE**

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-833-252-2737 (TTY 711).	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-833-252-2737 (TTY 711).	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 1-833-252-2737 (TTY 711)。	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 1-833-252-2737 (TTY 711).	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-833-252-2737 (TTY 711) 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-833-252-2737 (TTY 711).	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-833-252-2737 (TTY 711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-833-252-2737 (TTY 711).	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-833-252-2737 (TTY 711).	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. 1-833-252-2737 (TTY 711).	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-833-252-2737 (TTY 711).	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyonang tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-833-252-2737 (TTY 711).	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-833-252-2737 (TTY 711)-এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-833-252-2737 (TTY 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-833-252-2737 (TTY 711).	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-833-252-2737 (TTY 711)۔	Urdu

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	2
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	24
Agentes Antiansiedad	25
Agentes Antidemencia	26
Agentes Antidiabetico	27
Agentes Antigota	34
Agentes Antimigraña	34
Agentes Antinausea	36
Agentes Antiparasitarios	37
Agentes Antiparkinson	38
Agentes Antipsicóticos	40
Agentes Calóricos	48
Agentes Cardiovasculares	49
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	62
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	62
Agentes De Trastorno De Sueño	64
Agentes Del Sistema Nervioso Central	64
Agentes Del Tracto Respiratorio	69
Agentes Dentales Y Orales	74
Agentes Dermatológicos	75
Agentes Gastrointestinales	80
Agentes Genitourinarios	84
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	85
Agentes Inmunológicos	91
Agentes Oftálmicos	106
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	108
Agentes Terapeuticos Misceláneos	113
Agentes Vasodilatadores	114
Analgésicos	115
Anestésicos	119
Antagonistas De Metales Pesados	120
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	120
Antibacterianos	121
Anticonceptivos	129
Anticonvulsivos	139
Antidepresivos	146
Antifúngicos	149
Antihistamínicos	152

Antimicobacteriales.....	152
Antivirales (Sitémico).....	152
Cofactores Enzimáticos/Otros.....	161
Dispositivos.....	161
Preparaciones De Reemplazo.....	215
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	217
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	221
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	222
Vitaminas Y Minerales.....	222

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i> (Zytiga)	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> (Zytiga)	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)
AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG	5	PA NSO; NDS; QL (24 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (66 per 28 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)
<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 (Bendeka)	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> (Bleomycin Sulfate)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg, (Velcade) 2.5 mg</i>	4	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 (Velcade) mg</i>	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)
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)
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 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 (vandetanib) MG	5	PA NSO; 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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> (Cyclophosphamide)	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Cyclophosphamide)	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml</i> (Cyclophosphamide)	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i> (Cyclophosphamide)	2	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Cyclophosphamide)	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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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> (Dacogen)	5	NDS
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Doxil)	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
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
EMRELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 20 MG	5	PA NSO; NDS
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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, 25 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i> (Etoposide)	2	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG (flutamide)	5	NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Afinitor)	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	
FAKZYNJA ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (42 per 28 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	3	PA BvD
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i> (Floxuridine)	2	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i> (Fluorouracil)	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
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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 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)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 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	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i> (Ifex)	2	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (60 per 30 days)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 X 2), 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> (Leuprolide Acetate)	4	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i> (Leuprolide Acetate)	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
LORBRENA ORAL TABLET 100 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (15 per 8 days)
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (40 per 28 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5	PA NSO; NDS; QL (140 per 28 days)
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> (Megestrol Acetate)	2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
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</i> (Mercaptopurine)	5	NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i> (Mercaptopurine)	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i> (Methotrexate Sodium/PF)	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i> (Methotrexate Sodium/PF)	2	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i> (Methotrexate Sodium)	2	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i> (Methotrexate Sodium)	2	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i> (Mitoxantrone HCl)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA NSO; NDS; QL (20 per 28 days)
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</i> (Nilandron)	5	NDS
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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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> (Alimta)	5	NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i> (Alimta)	5	NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i> (Alimta)	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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
SCSEMBLIX 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	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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> (Tamoxifen Citrate)	2	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (nilotinib hcl)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG (nilotinib hcl)	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	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (Etoposide)	2	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NDS
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	4	PA NSO
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i> (Tretinoin)	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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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> (Vinorelbine Tartrate)	2	
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)

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	(Acamprosate Calcium)	2
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	(Buprenorphine HCl)	2 QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i>	(Suboxone)	2 QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	(Suboxone)	2 QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	(Buprenorphine HCl/Naloxone HCl)	2 QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	(Bupropion HCl)	2
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	(Disulfiram)	2
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION		3 QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	(Naloxone HCl)	2
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	(Naloxone HCl)	2
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i>	(Narcan)	2 QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	(Naltrexone HCl)	2

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	4	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Chantix)	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i> (Chantix)	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix)	2	
Agentes Antiansiedad		
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Chlordiazepoxide HCl)	1	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Clonazepam)	2	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i> (Clonazepam)	2	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i> (Tranxene T-Tab)	2	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i> (Diazepam)	2	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i> (Diazepam)	2	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (Diazepam)	2	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i> (Diazepam)	2	QL (1200 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i> (Lorazepam)	2	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i> (Ativan)	1	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i> (Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> (Ativan)	4	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i> (Lorazepam)	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i> (Lorazepam)	2	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	QL (150 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 22.5 mg</i> (Restoril)	2	QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i> (Restoril)	2	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i> (Halcion)	2	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i> (Halcion)	2	QL (60 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i> (Aricept)	2	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg</i> (Donepezil HCl)	2	
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg</i> (Donepezil HCl)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i> (Ergoloid Mesylates)	2	
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i> (Razadyne ER)	2	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i> (Galantamine Hbr)	2	QL (200 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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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</i> (Riomet)	2	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i> (Metformin HCl)	1	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i> (Metformin HCl)	1	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 750 mg</i> (Metformin HCl)	1	QL (60 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i> (Metformin HCl)	1	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i> (Metformin HCl)	1	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i> (Metformin HCl)	1	QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Mifepristone)	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i> (Nateglinide)	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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i> (Actoplus Met)	2	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus Met)	2	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Repaglinide)	2	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i> (Repaglinide)	2	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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

10/01/2025

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</i> <i>subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i> (70-30) (Novolog Mix 70-30 Flexpen)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> <i>subcutaneous solution 100 unit/ml</i> (70-30) (Novolog Mix 70-30)	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> <i>cartridge 100 unit/ml</i> (Novolog Penfill)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> <i>insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i> (Novolog Flexpen)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> <i>solution 100 unit/ml</i> (Novolog)	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous</i> <i>insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i> (Semglee (Yfgn) Pen)	3	max \$35 copay per month supply
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous</i> <i>solution 100 unit/ml</i> (Semglee (Yfgn))	3	max \$35 copay per month supply
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine)	3	max \$35 copay per month supply
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glargine)	3	max \$35 copay per month supply
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE- YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glargine-yfgn)	3	max \$35 copay per month supply
SEMGLEE(INSULIN GLARG- YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine-yfgn)	3	max \$35 copay per month supply
SOLQUA 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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 (insulin degludec) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 (insulin degludec) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply
TRESIBA U-100 INSULIN (insulin degludec) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Amaryl)	1	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i> (Amaryl)	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i> (Glipizide)	1	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i> (Glipizide)	1	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i> (Glipizide)	1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i> (Glucotrol XL)	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i> (Glucotrol XL)	1	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i> (Glipizide/Metformin HCl)	2	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i> (Glipizide/Metformin HCl)	2	QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i> (Glynase)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Glyburide)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i> (Glyburide/Metformin HCl)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i> (Zyloprim)	1	
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i> (Zyloprim)	1	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i> (Mitigare)	2	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcrys)	2	QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i> (Probenecid)	2	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i> (Probenecid/Colchicine)	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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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> (Amerge)	2	QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	3	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	2	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i> (Maxalt)	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> (Maxalt Mlt)	2	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, suv</i> (Imitrex)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i> (Imitrex)	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)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	4	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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	2	QL (5 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i> (Emend)	2	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i> (Emend)	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> (Compazine)	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> (Antivert)	1	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Antivert)	1	
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i> (Ondansetron HCl)	2	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i> (Ondansetron)	2	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i> (Prochlorperazine Edisylate)	2	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	2	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compazine)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Promethazine HCl)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Promethazine HCl)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine rectal suppository 25 mg</i> (Promethazine HCl)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (Promethazine HCl)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	2	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)

Agentes Antiparasitarios

Agentes Antiparasitarios

<i>albendazole oral tablet 200 mg</i> (Albenza)	5	NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone)	2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Chloroquine Phosphate)	2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i> (Plaquenil)	2	QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	2	QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i> (Plaquenil)	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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i> (Plaquenil)	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> (Stromectol)	2	
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i> (Stromectol)	2	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i> (Mefloquine HCl)	2	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Nitazoxanide)	5	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	2	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	2	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	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> (Tinidazole)	2	
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i> (Amantadine HCl)	2	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i> (Amantadine HCl)	2	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i> (Amantadine HCl)	2	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Benztropine Mesylate)	2	
<i>benztropine oral tablet 2 mg</i> (Benztropine Mesylate)	2	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	2	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i> (Cabergoline)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Dhivy)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i> (Dhivy)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i> (Carbidopa/Levodopa)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i> (Carbidopa/Levodopa)	2	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i> (Comtan)	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 (600 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i> (Pramipexole Di-HCl)	2	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	2	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i> (Ropinirole HCl)	2	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg</i> (Ropinirole HCl)	2	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i> (Selegiline HCl)	2	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i> (Selegiline HCl)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i> (Trihexyphenidyl HCl)	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)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	5	NDS; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	5	NDS; QL (2 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5	NDS; QL (2 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i> (Aripiprazole)	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> (Aripiprazole)	2	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i> (Aripiprazole)	2	ST; 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NDS; QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet</i> (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)
<i>chlorpromazine injection solution</i> 25 (Chlorpromazine HCl) mg/ml	2	
<i>chlorpromazine oral concentrate</i> 100 (Chlorpromazine HCl) mg/ml, 30 mg/ml	2	
<i>chlorpromazine oral tablet</i> 10 mg, (Chlorpromazine HCl) 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	2	
<i>clozapine oral tablet</i> 100 mg, 200 (Clozaril) mg, 25 mg, 50 mg	2	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i> (Clozapine) 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	2	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i> (Clozapine) 150 mg	2	ST; QL (180 per 30 days)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i> (Clozapine) 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)
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 TITRATION PACK A ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	4	ST
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS, DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	4	ST
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS, DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)	4	ST

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	(Fluphenazine Decanoate)	2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	(Fluphenazine HCl)	2	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	(Fluphenazine HCl)	2	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	(Fluphenazine HCl)	2	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	(Fluphenazine HCl)	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml</i>	(Haloperidol Decanoate)	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	(Haloperidol Decanoate)	2	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	(Haloperidol Lactate)	2	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	(Haloperidol Lactate)	2	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	(Haloperidol Lactate)	2	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	(Haloperidol)	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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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> (Loxapine Succinate)	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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>molindone oral tablet 10 mg</i> (Molindone HCl)	2	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i> (Molindone HCl)	2	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i> (Molindone HCl)	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> (Zyprexa)	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 7.5 mg</i> (Zyprexa)	2	
<i>olanzapine oral tablet 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa)	2	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa Zydis)	2	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	5	ST; NDS
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i> (Invega)	2	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	2	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	2	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Perphenazine)	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> (Pimozide)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vial outer</i> (Prochlorperazine 10 mg/2 ml (5 mg/ml) Edisylate)	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> (Seroquel)	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> (Risperdal Consta)	2	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	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> (Risperdal)	2	
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	2	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperidone)	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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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> (Thioridazine HCl)	2	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Thiothixene)	2	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Trifluoperazine HCl)	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)
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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> (Dextrose 5 % in Water) <i>intravenous parenteral solution</i>	2	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	4	PA BvD
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i> (Clonidine HCl)	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i> (Catapres-Tts 1)	2	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-Tts 1)	2	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-Tts 1)	2	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	1	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Guanfacine HCl)	2	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Midodrine HCl)	2	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Minipress)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Amiodarone HCl)	2	
<i>amiodarone oral tablet 400 mg</i> (Amiodarone HCl)	2	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	2	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i> (Flecainide Acetate)	2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Amiodarone HCl)	2	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i> (Rythmol SR)	2	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i> (Propafenone HCl)	2	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i> (Quinidine Sulfate)	2	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Acebutolol HCl)	2	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 50)	2	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	2	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Bisoprolol Fumarate)	2	

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

10/01/2025

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> (Ziac)	2	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Labetalol HCl)	2	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i> (Lopressor)	1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	2	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	2	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Propranolol HCl)	2	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (Betapace)	2	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Betapace)	2	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Betapace)	2	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	2	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Timolol Maleate)	2	

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

10/01/2025

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> (Cardizem CD)	2	
<i>diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage</i> (Tiazac)	2	
<i>diltiazem 24hr er 420 mg cap</i> (Tiazac)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Cardizem CD)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i> (Cardizem CD)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cardizem CD)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem CD)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i> (Cardizem CD)	2	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (Cardizem CD)	2	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (Tiazac)	2	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (Cardizem CD)	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (Verelan)	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i> (Verelan)	4	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Calan SR)	1	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (Calan SR)	2	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
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> (Digoxin)	2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Lanoxin)	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> (Epipen 2-Pak)	3	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (Epipen 2-Pak)	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Epipen 2-Pak)	3	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Epipen 2-Pak)	2	QL (4 per 30 days)
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Hydralazine HCl)	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> (Ranexa)	2	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i> (Ranexa)	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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina II		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	2	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	2	
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG	3	QL (240 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Avapro)	2	
<i>irbesartan oral tablet 75 mg</i> (Avapro)	2	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	2	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	1	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	2	
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> (Tribenzor)	2	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	2	
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i> (Sacubitril/Valsartan)	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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>telmisartan oral tablet 20 mg</i> (Micardis)	2	
<i>telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	2	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	2	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	2	
<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)	2	
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i> (Lotrel)	1	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	2	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	2	
<i>amlodipine-valsartan-hctiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i> (Exforge HCT)	2	
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Felodipine)	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Nifedipine)	2	
Dislipídicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i> (Caduet)	2	
<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)	2	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i> (Caduet)	2	
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran)	2	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i> (Cholestyramine)	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> (Colestid)	2	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	2	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin)	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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fenofibrate micronized oral capsule</i> (Antara) 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg	2	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet</i> (Tricor) 145 mg, 48 mg	2	
<i>fenofibrate oral tablet</i> (Fenoglide) 120 mg, 40 mg, 54 mg	2	
<i>fenofibrate oral tablet</i> (Fenoglide) 160 mg	1	
<i>fluvastatin oral capsule</i> (Fluvastatin Sodium) 20 mg, 40 mg	2	QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release</i> (Lescol XL) 24 hr 80 mg	2	
<i>gemfibrozil oral tablet</i> (Lopid) 600 mg	1	
<i>icosapent ethyl oral capsule</i> (Vascepa) 0.5 gram	2	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule</i> (Vascepa) 1 gram	2	QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet</i> (Lovastatin) 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	
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</i> (Niacin) 500 mg	2	
<i>niacin oral tablet extended release</i> (Niaspan) 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	2	
<i>niacor oral tablet</i> (Niacin) 500 mg	2	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule</i> (Lovaza) 1 gram	2	ST; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet</i> (Livalo) 1 mg, 2 mg, 4 mg	2	QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin oral tablet</i> (Pravastatin Sodium) 10 mg, 80 mg	1	
<i>pravastatin oral tablet</i> (Pravastatin Sodium) 20 mg, 40 mg	1	QL (30 per 30 days)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (Cholestyramine)	2	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	3	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	3	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	3	ST; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i> (Zocor)	1	QL (30 per 30 days)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i> (Amiloride HCl)	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i> (Amiloride/Hydrochloro thiazide)	2	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Bumetanide)	2	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Chlorthalidone)	2	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i> (Furosemide)	1	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i> (Furosemide)	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i> (Furosemide)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i> (Hydrochlorothiazide)	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Hydrochlorothiazide)	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i> (Indapamide)	1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Metolazone)	2	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i> (Aldactazide)	2	
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Samsca)	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential 15 mg (am)/ 15 mg (pm), 30 mg (am)/ 15 mg (pm), 45 mg (am)/ 15 mg (pm), 60 mg (am)/ 30 mg (pm), 90 mg (am)/ 30 mg (pm)</i> (Tolvaptan)	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Soaanz)	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i> (Triamterene/Hydrochlorothiazid)	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i> (Maxzide)	1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	1	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i> (Lotensin)	1	

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ramipril oral capsule 10 mg</i> (Altace)	1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Trandolapril)	1	
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i> (Trandolapril/Verapamil HCl)	2	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	2	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i> (Isordil)	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg</i> (Isordil)	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil)	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Isosorbide Mononitrate)	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Isosorbide Mononitrate)	1	
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	2	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> (Minoxidil)	2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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> (Entocort EC)	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> (Mesalamine)	2	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	2	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i> (Lialda)	2	QL (120 per 30 days)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	2	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (Azulfidine)	4	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i> (Alendronate Sodium)	2	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i> (Fosamax)	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i> (Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i> (Calcitonin, Salmon, Syntetic)	2	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	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> (Boniva)	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)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	2	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i> (Zemplar)	2	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	3	QL (60 per 30 days)
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 per 180 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)</i> (Forteo)	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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NDS
Agentes De Trastorno De Sueño		
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	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> (Zaleplon)	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)
<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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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> (Copaxone)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Copaxone)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Copaxone)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Copaxone)	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)	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

10/01/2025

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> (Lithium Carbonate)	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i> (Lithobid)	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	2	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i> (Lithobid)	2	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i> (Lithium Citrate)	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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i> (Xenazine)	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY 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> (Acetadote)	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> (Cromolyn Sodium)	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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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> (Esbriet)	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 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2)	5	PA; NDS; QL (1 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR HFA INHALATION HFA (fluticasone propion- AEROSOL INHALER 115-21 salmeterol) MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	3	QL (32.1 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA (fluticasone furoate) INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION (fluticasone furoate- BLISTER WITH DEVICE 100-25 vilanterol) MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
<i>breynd inhalation hfa aerosol inhaler</i> (Symbicort) <i>160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	2	QL (30.9 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> (Symbicort)	2	QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i> (Flovent Hfa)	2	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i> (Flovent Hfa)	2	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i> (Flovent Hfa)	2	QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (Advair Diskus)	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> (Advair Diskus)	2	QL (60 per 30 days)
Antileucotrinicos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i> (Singulair)	1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i> (Singulair)	2	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Accolate)	2	
Broncodilatadores		
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	3	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> (Proair Hfa)	2	QL (17 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	(Proair Hfa)	2	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	(Proair Hfa)	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>	(Albuterol Sulfate)	2	PA BvD
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	(umeclidinium-vilanterol)	3	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION		4	QL (25.8 per 28 days)
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>	(Ipratropium Bromide)	2	PA BvD
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	(Ipratropium/Albuterol Sulfate)	2	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE		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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION		3	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 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>	(Theophylline Anhydrous)	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	(Theophylline Anhydrous)	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	(Theophylline Anhydrous)	2	
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i>	(Spiriva 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>	(Peridex)	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	(Fluoride (Sodium))	1	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i>	(Fluoride (Sodium))	1	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluoride (sodium) 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>	(Peridex)	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	(Salagen)	2	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	(Fluoride (Sodium))	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	(Prevident 5000 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>	(Betamethasone Dipropionate)	2	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	(Betamethasone Dipropionate)	2	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	(Betamethasone Dipropionate)	2	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	(Betamethasone Valerate)	2	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	(Betamethasone Valerate)	2	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	(Betamethasone Valerate)	2	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	(Betamethasone/Propylene Glyc)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	(Betamethasone Dipropionate)	2	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	(Betamethasone/Propylene Glyc)	2	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	(Diprolene)	2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	(Clobetasol Propionate)	2	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	(Clobetasol Propionate)	2	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	(Clobetasol Propionate)	2	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	(Clobex)	2	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	(Temovate)	2	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	(Clobex)	2	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	(Clobetasol Propionate/Emoll)	2	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	(Olux-E)	2	
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %		3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	(Synalar)	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i>	(Synalar)	2	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	(Synalar)	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	(Vanos)	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.1 %</i>	(Vanos)	2	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	(Fluocinonide)	2	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	(Fluocinonide)	2	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	(Fluocinonide)	2	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	(Fluticasone Propionate)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>halobetasol propionate topical cream</i> (Halobetasol Propionate) 0.05 %	2	
<i>halobetasol propionate topical ointment</i> (Halobetasol Propionate) 0.05 %	2	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i> (Hydrocortisone)	2	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Hydrocortisone)	2	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Hydrocortisone)	2	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i> (Scalacort)	2	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Hydrocortisone)	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i> (Hydrocortisone)	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i> (Hydrocortisone Valerate)	2	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i> (Mometasone Furoate)	2	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i> (Mometasone Furoate)	2	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i> (Mometasone Furoate)	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> (Anusol-HC)	2	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Anusol-HC)	2	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Anusol-HC)	2	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i> (Protopic)	2	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i> (Triamcinolone Acetonide)	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i> (Triamcinolone Acetonide)	1	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	(Triamcinolone Acetonide)	2	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	(Tritocin)	2	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i>	(Tritocin)	2	
Agentes Dermatológicos, Otros			
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	(Acitretin)	2	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	(Zovirax)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	(Ammonium Lactate)	2	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	(Ammonium Lactate)	2	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	(Calcipotriene)	2	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	(Dovonex)	2	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	(Calcipotriene)	2	QL (120 per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	(Carac)	2	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	(Fluorouracil)	2	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	(Aldara)	2	QL (24 per 30 days)
ISOPROPYL ALCOHOL TOPICAL SWAB 70 %		1	
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %		3	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	(Methoxsalen)	5	NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %		5	NDS; QL (60 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i> (Podofilox)	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, 30 mg, 40 mg</i> (Absorica)	2	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i> (Cleocin T)	2	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin P)	2	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i> (Benzacilin)	2	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i> (Erythromycin Base In Ethanol)	2	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i> (Gentamicin Sulfate)	2	QL (90 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i> (Gentamicin Sulfate)	2	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Metrocream)	2	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	2	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Rosadan)	2	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	QL (220 per 30 days)
<i>neuac topical gel 1.2 % (1 % base) -5 %</i> (Benzacilin)	1	
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (Metrocream)	2	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i> (Selenium Sulfide)	2	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (Silvadene)	2	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (Silvadene)	4	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	2	QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	2	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	4	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	2	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Retin-A)	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> (Lansoprazole/Amoxicil n/Clarith)	2	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i> (Cimetidine HCl)	2	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i> (Nexium)	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)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium)	2	ST; QL (60 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Pepcid)	1	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i> (Prevacid)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i> (Prevacid)	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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	2	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Omeprazole)	1	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (Protonix)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i> (Protonix)	1	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (Aciphex)	2	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	2	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carglumic Acid)	5	PA; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Lactulose)	2	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	2	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i> (Dicyclomine HCl)	2	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i> (Dicyclomine HCl)	2	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i> (Dicyclomine HCl)	2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Lactulose)	2	
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (Lactulose)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul)	2	
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i> (Sodium Polystyrene Sulfon/Sorb)	2	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Lactulose)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	3	
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Loperamide HCl)	2	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i> (Amitiza)	2	QL (60 per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i> (Amitiza)	2	QL (120 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i> (Metoclopramide HCl)	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram</i> (Sodium Polystyrene Sulfonate)	2	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i> (Sodium Polystyrene Sulfon/Sorb)	2	
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Ursodiol)	5	NDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i> (Ursodiol)	2	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i> (Urso)	2	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (Urso)	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)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i> (Calcium Acetate)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i> (Calcium Acetate)	2	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	2	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	2	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i> (Renagel)	2	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	3	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (Golytely)	2	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (Golytely)	2	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (Sodium Chloride/Nahco3/Kcl/Pe g)	2	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (Golytely)	2	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i> (Sodium Chloride/Nahco3/Kcl/Pe g)	2	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep)	3	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i> (Suprep)	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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	2	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	2	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 5 mg</i>	1	
<i>terazosin oral capsule 10 mg, 2 mg</i> (Terazosin HCl)	1	
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i> (Bethanechol Chloride)	2	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	2	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i> (Flavoxate HCl)	2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG (mirabegron)	2	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i> (Oxybutynin Chloride)	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i> (Oxybutynin Chloride)	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Ditropan XL)	2	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Vesicare)	1	
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	2	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	2	
<i>trospium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i> (Trospium Chloride)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>trosipium oral tablet 20 mg</i> (Trosipium Chloride)	2	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Levo-T)	1	
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	2	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Methimazole)	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i> (Propylthiouracil)	2	
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Danazol)	2	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> (Oxandrolone)	2	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	2	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i> (Depo-Testosterone)	2	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i> (Testosterone Enanthate)	2	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> (Vogelxo)	2	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (Vogelxo)	2	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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)</i> (Androgel)	2	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)</i> (Androgel)	2	PA; QL (300 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
<i>abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (Activella)	1	
<i>abigale oral tablet 1-0.5 mg</i> (Activella)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	3	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Vagifem)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<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> (Minivelle)	2	PA-HRM; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<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	PA-HRM; QL (4 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Vagifem)	2	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (Activella)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i> (Activella)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (Activella)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG	3	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN ORAL TABLET 0.625 MG, 1.25 MG (conjugated estrogens)	3	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	3	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	2	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (Vagifem)	2	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i> (Dexamethasone)	2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i> (Dexamethasone)	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i> (Dexamethasone Sodium Phosphate)	1	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i> (Fludrocortisone Acetate)	2	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	2	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i> (Medrol)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i> (Medrol)	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i> (Pediapred)	2	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i> (Pediapred)	2	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i> (Pediapred)	2	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	2	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i> (Prednisone)	2	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i> (Prednisone)	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i> (Prednisone)	2	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog-40)	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> (Desmopressin (Nonrefrigerated))	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	(Desmopressin (Nonrefrigerated))	2	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	(DDAVP)	2	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML		5	PA; NDS
<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
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	(leuprolide (3 month))	4	PA NSO
NORDITROPIN FLEXPLO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)		5	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	(Octreotide Acetate)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Octreotide Acetate) 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml	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
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 (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	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> (Aygestin)	2	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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> (Megestrol Acetate)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Aygestin)	2	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	2	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; 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 (tacrolimus)	4	PA BvD
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG (tacrolimus)	5	PA BvD; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	2	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i> (Azathioprine Sodium)	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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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) <i>250 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Neoral) <i>100 mg, 25 mg</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Neoral) <i>50 mg</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Neoral) <i>100 mg/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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (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
CYLTEZO(CF) PEN (adalimumab-adbm) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-adbm) SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; 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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral</i> (Zortress) <i>tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	PA BvD; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	5	PA BvD; NDS
<i>gengra oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Neoral)	2	PA BvD
<i>gengra oral solution 100 mg/ml</i> (Neoral)	2	PA BvD
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

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

10/01/2025

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
OTZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	5	PA; NDS
OTZLA 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
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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-aekn)	3	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-aekn)	5	PA; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> (Rapamune)	5	PA BvD; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Rapamune)	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
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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 INDUCTION PK-CROHN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 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
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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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- (adalimumab-aaty) HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR (adalimumab-aaty) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-aaty) SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS
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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	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
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	3	
DENG VAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	3	QL (3 per 365 days)
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA BvD; \$0 copay
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	3	PA BvD; \$0 copay
ENGRIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; \$0 copay

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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
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	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML	3	\$0 copay
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10-5 MCG	3	\$0 copay
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 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	
PREHEVBRIO (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	
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	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
ROTATEQ 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 SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	3	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	3	\$0 copay
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	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (typhoid vi polysacch 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
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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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> (Acetazolamide)	2	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i> (Acetazolamide)	2	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i> (Acetazolamide Sodium)	2	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Betaxolol HCl)	2	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i> (Bimatoprost)	2	QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %</i> (Alphagan P)	2	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Alphagan P)	2	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i> (Combigan)	2	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Azopt)	2	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Carteolol HCl)	2	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i> (Trusopt)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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> (Levobunolol HCl)	2	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Methazolamide)	2	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i> (Vuity)	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)	2	QL (30 per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i> (Timoptic)	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

10/01/2025

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> (Acetic Acid)	2	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i> (Bacitracin)	2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Bacitracin/Polymyxin B Sulfate)	2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> (Ciloxan)	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i> (Ciprodex)	2	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i> (Erythromycin Base)	2	QL (3.5 per 4 days)
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i> (Gentamicin Sulfate)	2	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> (Gentamicin Sulfate)	2	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i> (Hydrocortisone/Acetic Acid)	2	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Moxeza)	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> (Neomycin/Bacit/P-Myx/Hydrocort)	2	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neomycin/Bacitracin/Polymyxinb)	2	

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

10/01/2025

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>	(Neomycin/Polymyxn B/Gramicidin)	2
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	(Neomycin/Polymyxin B/Hydrocort)	2
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	(Neomycin/Polymyxin B/Hydrocort)	2
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	(Neomycin/Bacit/P-Myx/Hydrocort)	2
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(Neomycin/Bacitracin/Polymyxinb)	2
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Ocuflax)	2
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	(Ocuflax)	2
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	(Bacitracin/Polymyxin B Sulfate)	2
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	(Polytrim)	1
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	(Sulfacetamide Sodium)	2

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	(Sulfacetamide Sodium)	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	(Sulfacetamide/Prednisolone Sp)	2	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Tobrex)	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	(Tobradex)	2	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	(Trifluridine)	2	
XDEMVIY OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %		5	PA; NDS; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %		4	
ZYLET OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %		3	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta			
ALREX OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	(loteprednol etabonate)	3	ST
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	(Prolensa)	2	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %</i>	(Prolensa)	2	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	(Prolensa)	2	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i>	(Restasis)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	(Dexamethasone Sodium Phosphate)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Diclofenac Sodium)	2	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Durezol)	2	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	3	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i> (Flunisolide)	2	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i> (Dermotic)	2	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i> (FML)	4	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i> (Flurbiprofen Sodium)	2	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i> (Fluticasone Propionate)	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 (eye) drops,gel 0.5 %</i> (Lotemax)	2	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i> (Alrex)	2	ST

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i> (Alrex)	2	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i> (Mometasone Furoate)	2	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte)	4	
XIIDRA OPTHALMIC (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> (Azelastine HCl)	2	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (Azelastine HCl)	2	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Azelastine HCl)	2	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i> (Cromolyn Sodium)	2	
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Epinastine HCl)	2	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i> (Ipratropium Bromide)	2	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i> (Ipratropium Bromide)	2	QL (15 per 10 days)
MIEBO (PF) OPTHALMIC (EYE) DROPS 100 %	3	QL (12 per 28 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Olopatadine HCl)	2	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Olopatadine HCl)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
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> (Buspirone HCl)	1	
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> (Glutamine)	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 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	3	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i> (Vistaril)	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Leucovorin Calcium)	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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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)
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> (Cialis)	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> (Viagra)	2	PA; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i> (Cialis)	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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
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 Esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i> (Flector)	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i> (Cataflam)	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i> (Diclofenac Sodium)	2	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i> (Diclofenac Sodium)	2	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i> (Diclofenac Sodium)	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i> (Diclofenac Sodium)	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i> (Diclofenac Sodium)	2	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Diclofenac Sodium)	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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	2	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	2	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Etodolac)	2	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	2	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i> (Lodine)	2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i> (Flurbiprofen)	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> (Ibuprofen)	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Ibuprofen)	1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i> (Indomethacin)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i> (Ketorolac Tromethamine)	2	PA-HRM; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i> (Mobic)	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i> (Relafen)	2	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i> (Naprosyn)	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> (Sulindac)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
Analgésicos, Varios			
acetaminophen-codeine 120-12 mg/5 ml cup inner 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml)	(Acetaminophen with Codeine)	1	QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml	(Acetaminophen with Codeine)	1	QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg	(Acetaminophen with Codeine)	2	QL (360 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	(Acetaminophen with Codeine)	2	QL (180 per 30 days)
buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour	(Butrans)	2	QL (4 per 28 days)
butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg	(Fioricet with Codeine)	2	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg	(Esgic)	2	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg	(Esgic)	2	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg	(Esgic)	2	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
endocet oral tablet 10-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	QL (360 per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i> (Actiq)	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i> (Actiq)	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> (Fentanyl)	2	QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml</i> (Hydrocodone/Acetaminophen)	2	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i> (Hydrocodone/Acetaminophen)	2	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i> (Hydrocodone/Acetaminophen)	2	QL (240 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	2	QL (180 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i> (Diskets)	2	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i> (Diskets)	2	QL (180 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i> (Morphine Sulfate)	2	PA; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i> (Morphine Sulfate)	2	QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i> (Morphine Sulfate)	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)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i> (MS Contin)	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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i> 2.5-2.5 %	(Lidocaine/Prilocaine)	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	(Lidoderm)	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</i> 180 mg, 360 mg, 90 mg	(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)	5	PA; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	(Syprine)	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	(Cleocin)	2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i> (37.5mg/5 gram)	(Vandazole)	2	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	(Terconazole)	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	(Terconazole)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i> (Amikacin Sulfate)	2	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	5	PA; NDS; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i> (Gentamicin Sulfate)	2	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i> (Gentamicin Sulfate/PF)	2	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i> (Gentamicin Sulfate/PF)	2	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i> (Neomycin Sulfate)	2	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i> (Streptomycin Sulfate)	5	NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	5	NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	5	PA BvD; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Tobramycin Sulfate)	2	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)</i> (Cleocin Phosphate)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clindamycin phosphate injection</i> (Cleocin Phosphate) <i>solution 150 mg/ml</i>	2	
<i>colistin (colistimethate na) injection</i> (Coly-Mycin M <i>recon soln 150 mg</i> Parenteral)	5	NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln</i> (Cubicin) <i>350 mg, 500 mg</i>	5	NDS
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous</i> (Zyvox) <i>piggyback 600 mg/300 ml</i>	2	
<i>linezolid oral suspension for</i> (Zyvox) <i>reconstitution 100 mg/5 ml</i>	5	NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	2	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1</i> (Hiprex) <i>gram</i>	2	
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> (Metronidazole/Sodium <i>intravenous piggyback 500 mg/100</i> Chloride) <i>ml</i>	2	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg,</i> (Metronidazole) <i>500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral</i> (Macrochant/Macrobid) <i>capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral</i> (Macrobid) <i>capsule 100 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i> (Trimethoprim)	2	
<i>vancomycin intravenous recon soln</i> (Vancomycin HCl) <i>1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5</i> <i>gram, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin HCl)	2	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin HCl)	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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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> (Invanz)	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i> (Primaxin)	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin)	2	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i> (Meropenem)	2	
<i>meropenem intravenous recon soln 2 gram</i> (Meropenem)	4	
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Cefaclor)	2	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i> (Cefadroxil)	2	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i> (Cefadroxil)	2	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i> (Cefazolin Sodium)	2	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i> (Cefdinir)	2	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> (Cefdinir)	2	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Cefepime HCl)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i> (Suprax)	2	
<i>cefotixin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i> (Cefotixin Sodium)	2	
<i>cefepodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Cefepodoxime Proxetil)	2	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cefprozil)	2	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Fortaz)	2	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i> (Ceftriaxone Sodium)	2	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cefuroxime Axetil)	2	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i> (Cefuroxime Sodium)	2	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i> (Cefuroxime Sodium)	2	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Cephalexin)	1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> (Cephalexin)	2	
<i>tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Fortaz)	2	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	5	NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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> (Zithromax)	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> (Clarithromycin)	2	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Clarithromycin)	2	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG (fidaxomicin)	5	NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (Eryped 200)	2	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (Eryped 200)	2	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Ery-Tab)	2	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i> (Dificid)	5	NDS; QL (20 per 10 days)
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Amoxicillin)	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i> (Amoxicillin)	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i> (Amoxicillin)	1	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i> (Amoxicillin)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i> (Augmentin)	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)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i> (Augmentin)	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> (Amoxicillin/Potassium Clav)	2	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i> (Ampicillin Trihydrate)	2	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i> (Ampicillin Sodium)	2	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	2	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Dicloxacillin Sodium)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	4	
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	4	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i> (Nafcillin Sodium)	2	
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i> (Penicillin G Potassium)	2	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i> (Penicillin G Procaine)	2	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> (Penicillin V Potassium)	2	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Penicillin V Potassium)	1	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i> (Piperacillin Sodium/Tazobactam)	2	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i> (Cipro)	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i> (Ciprofloxacin In 5 % Dextrose)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i> (Levofloxacin In Dextrose 5 %)	2	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i> (Levofloxacin)	2	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg</i> (Levofloxacin)	1	
<i>levofloxacin oral tablet 500 mg, 750 mg</i> (Levofloxacin)	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag sub, p/f, inner</i> (Moxifloxacin/Sod.Ace, Sul/Water)	2	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i> (Moxifloxacin HCl)	2	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i> (Moxifloxacin/Sod.Ace, Sul/Water)	2	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i> (Sulfadiazine)	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfamethoxazole/Trimethoprim)	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim)	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Demeclocycline HCl)	2	
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxycycline Hyclate)	2	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxycycline Hyclate)	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i> (Morgidox)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i> (Morgidox)	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 150 mg, 20 mg, 75 mg</i> (Doryx)	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i> (Doryx)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Doxycycline Monohydrate)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i> (Doxycycline Monohydrate)	2	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Doxycycline Monohydrate)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg</i> (Doxycycline Monohydrate)	2	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i> (Doxycycline Monohydrate)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i> (Avidoxy)	2	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Minocycline HCl)	2	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Tetracycline HCl)	2	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	5	NDS
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es triadiol)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	2	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Ortho-Novum)	2	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	(Ortho-Novum)	2	
<i>amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	2	
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	2	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(Loestrin)	2	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(Loestrin)	2	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Loestrin Fe)	2	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	2	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	2	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	2	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	2	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Mircette)	2	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Loestrin Fe)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	2	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	2	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	2	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	2	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Ortho-Novum)	2	
<i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i> (Ortho-Novum)	2	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Ortho-Novum)	2	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i> (Ortho-Novum)	2	
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	2	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (Mircette)	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	2	
<i>elimest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	2	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	2	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	2	
<i>estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	2	
<i>feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	2	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Loestrin Fe)	2	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	2	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	2	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	2	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	2	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	2	
<i>introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	2	QL (91 per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	(Ortho Micronor)	2	
<i>jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	2	QL (91 per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(Loestrin)	2	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(Loestrin)	2	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	2	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Loestrin Fe)	2	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Loestrin Fe)	2	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Mircette)	2	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	2	
<i>kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	2	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG	4	
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Loestrin)	2	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Loestrin)	2	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Loestrin Fe)	2	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	2	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	2	
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es triadiol)	2	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es triadiol)	2	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es triadiol)	2	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i> (Balcoltra)	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es triadiol)	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es triadiol)	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es triadiol)	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es triadiol)	2	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es triadiol)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	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/Ethin.Es radiol)	2	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
<i>luteria (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	2	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	2	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	2	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	2	
<i>meleya oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	2	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Loestrin)	2	
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Loestrin)	2	
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Loestrin Fe)	2	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	2	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	2	
<i>mili oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG	4	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	3	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (Norelgestromin/Ethin.E stradiol)	2	QL (3 per 28 days)
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Loestrin Fe)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i> (Ortho-Novum)	2	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Ortho-Novum)	2	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i> (Ortho-Novum)	2	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Ortho-Novum)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i> (Ortho-Novum)	2	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
<i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	2	
<i>pimtree (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (Mircette)	2	
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i> (Ortho-Novum)	2	
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Ortho-Novum)	2	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	2	
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	2	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i> (Ortho Micronor)	2	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (Mircette)	2	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG	4	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es radiol)	2	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Loestrin Fe)	2	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Loestrin Fe)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Loestrin Fe)	2	
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Loestrin Fe)	2	
<i>tri-lynyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
<i>tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (Ortho Tri-Cyclen)	1	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es triadiol)	2	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (Ortho Tri-Cyclen)	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> (Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	2	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Levonorgestrel/Ethin.Es tradiol)	2	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (Mircette)	2	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (Mircette)	2	
<i>vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (Ortho Tri-Cyclen)	2	
<i>xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Loestrin Fe)	2	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (Norelgestromin/Ethin.E stradiol)	2	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (Norelgestromin/Ethin.E stradiol)	2	QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	2	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Ethinodiol D-Ethinyl Estradiol)	2	
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	3	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	3	QL (60 per 30 days)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Carbatrol)	2	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Tegretol)	2	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Tegretol)	2	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Tegretol XR)	2	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg, 200 mg</i> (Carbamazepine)	2	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	2	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	2	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	5	PA NSO; 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> (Diastat)	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkle)	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	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG	5	ST; NDS; QL (90 per 30 days)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (Tegretol)	2	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML (topiramate)	4	ST
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg</i> (Aptiom)	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Aptiom)	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	2	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	2	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i> (Felbatol)	2	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	2	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<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)
<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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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> (Lamictal)	1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	2	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal Odt)	2	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	2	
<i>levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg</i> (Levetiracetam)	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	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i> (Fycompa)	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i> (Fycompa)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i> (Fycompa)	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i> (Phenobarbital)	2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i> (Phenobarbital)	2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
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)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Phenytek)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	2	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i> (Phenytoin Sodium)	2	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i> (Phenytoin Sodium)	2	
<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> (Mysoline)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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 (levetiracetam) SUSPENSION 250 MG	4	ST
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Lamictal)	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> (Gabitril)	2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg</i> (Topamax)	2	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i> (Eprontia)	2	ST
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i> (Valproic Acid (As Sodium Salt))	2	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i> (Valproic Acid (As Sodium Salt))	2	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i> (Valproic Acid)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	5	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Sabril)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigabatrin)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (Sabril)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (Vigabatrin)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (Sabril)	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	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i> (Zonegran)	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> (Amitriptyline HCl)	2	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Amoxapine)	2	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	5	ST; NDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i> (Bupropion HCl)	2	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Forfivo XL)	2	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	2	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i> (Citalopram Hydrobromide)	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> (Norpramin)	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

10/01/2025

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> (Doxepin HCl)	2	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i> (Doxepin HCl)	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</i> (Cymbalta)	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> (Escitalopram Oxalate)	2	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)-40 MG (26)	4	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Prozac)	1	
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i> (Prozac)	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i> (Fluoxetine HCl)	2	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Fluvoxamine Maleate)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Imipramine HCl)	2	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	2	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i> (Remeron)	2	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron)	2	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nefazodone HCl)	2	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i> (Nortriptyline HCl)	2	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> (Paxil CR)	2	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i> (Perphenazine/Amitriptyline HCl)	2	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Protriptyline HCl)	2	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	2	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	5	PA NSO; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	2	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i> (Trazodone HCl)	1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Trimipramine Maleate)	2	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Venlafaxine HCl)	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> (Amphotericin B)	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> (Loprox)	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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	2	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> (Loprox)	2	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i> (Clotrimazole)	2	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Clotrimazole)	2	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i> (Clotrimazole)	2	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i> (Clotrimazole/Betamethasone Dip)	2	QL (90 per 30 days)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	5	PA; NDS
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i> (Econazole Nitrate)	2	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i> (Fluconazole In Nacl,Iso-Osm)	2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i> (Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i> (Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Diflucan)	2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	5	NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Griseofulvin, Microsize)	2	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i> (Griseofulvin, Microsize)	2	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg</i> (Griseofulvin Ultramicrosize)	2	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	2	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i> (Ketoconazole)	2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i> (Ketoconazole)	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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i> (Ketoconazole)	2	QL (360 per 30 days)
<i>micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i> (Mycamine)	2	
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i> (Miconazole Nitrate)	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> (Nystatin)	2	
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i> (Nystatin)	2	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i> (Nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i> (Nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i> (Nystatin/Triamcinolone Acet)	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> (Terbinafine HCl)	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, 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Hydroxyzine HCl)	2	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (Levocetirizine Dihydrochloride)	1	
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Dapsone)	2	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i> (Myambutol)	2	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i> (Isoniazid)	1	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i> (Pyrazinamide)	2	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	2	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	2	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i> (Rifampin)	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
Antivirales (Sitémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	2	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i> (Ziagen)	2	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i> (Epzicom)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
APRETUDE INTRAMUSCULAR (cabotegravir) SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i> (Reyataz)	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> (Cabotegravir)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Cabotegravir)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 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> (Didanosine)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NDS
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG	5	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i> (Efavirenz)	2	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i> (Sustiva)	2	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i> (Atripla)	5	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi)	5	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	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> (Truvada)	5	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i> (Truvada)	2	
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 200-25-300 mg</i> (Emtriva/Rilpivirine/Tenofovir Df)	5	NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	4	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	5	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i> (Lexiva)	5	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	
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
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML (lopinavir-ritonavir)	4	QL (480 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	2	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i> (Epivir)	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	2	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i> (Combivir)	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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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> (Nevirapine)	2	QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i> (Nevirapine)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i> (Viramune XR)	2	QL (90 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i> (Viramune XR)	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 675-150 MG, 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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i> (Rilpivirine)	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
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> (Stavudine)	2	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK)	5	NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	5	PA BvD; NDS
SYMITUZA 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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	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> (Zidovudine)	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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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> (Acyclovir)	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	2	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i> (Acyclovir)	2	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i> (Acyclovir Sodium)	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> (Famciclovir)	2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i> (Ribavirin)	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	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	2	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" (insulin syringe-needle 1 ML 25 GAUGE X 5/8" 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 (insulin syringe-needle 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	2	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" (insulin syringe-needle MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X u-100) 5/8"	2	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP (insulin syringe SYRINGE 1 ML needleless)	2	PA; ST
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	(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

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

10/01/2025

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X (gauze bandage) 2 "	1	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS 2 (alcohol swabs) PLY,MEDIUM	1	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	PA; ST
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 (gauze bandage) PLY) 2 X 2 "	1	PA; ST
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 (gauze bandage) PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syr/ndl u100 half mark)	2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"		2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"		2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GNP CLICKFINE 31G X 5/16" NDL (pen needle, diabetic) 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
GNP SIMPLI PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	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 ULT CMFRT 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 1/2 ML 29 u-100)	2	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle SYR 1/2 ML 30 GAUGE u-100)	2	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE	2	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X u-100) 7/16"	2	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML (insulin syringe-needle SYR 0.3 ML 30 u-100)	2	PA; ST
GS PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 (1st Tier Unifine GAUGE X 3/16" Pentips)	2	PA; ST
GS PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 (1st Tier Unifine GAUGE X 5/16" Pentips)	2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	PA; ST

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	
INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 30 (Ultra Comfort Insulin GAUGE X 7/16" Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYR 0.3 ML (Droplet Insulin Syr(half 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X unit)) 1/4"	2	PA; ST
INSULIN SYR 0.5 ML 28G (Comfort EZ Insulin 12.7MM (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE Syringe) X 1/2"	2	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (Comfort EZ Insulin (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" (Easy Touch Insulin INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML (insulin syringe-needle 29 GAUGE u-100)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML (Sure Comfort Insulin 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML (insulin syringe-needle 29 u-100)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML (Droplet Insulin 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" (Easy Touch Insulin Syringe) INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G (BD SafetyGlide Syringe) 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28G (Comfort EZ Insulin Syringe) 12.7MM (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML (BD Eclipse Luer-Lok) 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML (Droplet Insulin Syringe) 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS (Easy Touch Luer Lock Insulin) SYRINGE 1 ML	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- (Ultilet Insulin Syringe) 100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- (Comfort EZ Insulin Syringe) 100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- (Monoject Syringe) 100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	2	PA; ST
INSULIN U-500 SYRINGE- (2) NEEDLE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	PA; ST
INSUPEN 30G ULTRAFIN (pen needle, diabetic) NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
INSUPEN 31G ULTRAFIN (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
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

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

10/01/2025

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle u-100) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
LITETOUCH INS 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	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

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

10/01/2025

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NANO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
NOVOFINE 30 NEEDLE	2	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	2	PA; ST
NOVOTWIST NEEDLE 32 GAUGE X 1/5"	2	PA; ST
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 31G X 1/4" HRI 31 GAUGE X 1/4"	(1st Tier Unifine Pentips)	2	PA; ST
PEN NEEDLE 6MM 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(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
PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" (pen needle, diabetic) SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
PREFPLS INS SYR 1 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	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" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	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
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

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 COMFORT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
TRUE COMFORT 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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 1/4"	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
ULTICARE SAFETY 0.5 ML (Comfort EZ Insulin 29GX1/2 (RX) 0.5 ML 29 GAUGE Syringe) X 1/2"	2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G (Comfort EZ Insulin 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" Syringe)	2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 u-100) GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 u-100) GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	2	PA; ST

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

10/01/2025

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

10/01/2025

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
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 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(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

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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			
<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution</i>	(Dextrose 5 % and 0.9 % NaCl)	2	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	(Dextrose 5 % and 0.9 % NaCl)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	(Dextrose 5 %-0.45 % Sod Chlord)	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>	(Magnesium Sulfate)	4	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>	(Magnesium Sulfate)	2	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	(Potassium Chloride)	2	PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	(Potassium Chloride)	2	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	(Potassium Chloride)	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i>	(K-Tab ER)	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq, 20 meq</i>	(K-Tab ER)	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i>	(K-Tab ER)	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	(Potassium Chloride)	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	(Potassium Chloride)	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	(Potassium Chloride)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i> (Urocit-K)	2	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i> (Sodium Chloride 0.45 %)	2	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i> (0.9 % Sodium Chloride)	2	
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i> (0.9 % Sodium Chloride)	2	
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i> (Agrylin)	2	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i> (Lysteda)	2	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i> (Pradaxa)	2	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> (Lovenox)	2	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i> (Lovenox)	2	QL (48 per 30 days)

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i> (Lovenox)	2	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i> (Lovenox)	2	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i> (Lovenox)	2	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i> (Arixtra)	2	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i> (Heparin Sodium, Porcine)	2	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Warfarin Sodium)	1	
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml</i> (Rivaroxaban)	2	QL (600 per 30 days)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i> (Xarelto)	2	QL (60 per 30 days)
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Warfarin Sodium)	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS, DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	3	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML (rivaroxaban)	3	QL (600 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, (rivaroxaban) 20 MG	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, (rivaroxaban) 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er</i> (Aspirin/Dipyridamole) <i>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> (Cilostazol)	2	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	
<i>dipyridamole oral tablet 50 mg, 75 mg</i> (Dipyridamole)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i> (Pentoxifylline)	2	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i> (Brilinta)	2	
Modificadores De Formación De Sangre		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg</i> (Eltrombopag Olamine)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg</i> (Eltrombopag Olamine)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg</i> (Promacta)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 25 mg</i> (Promacta)	5	PA; 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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i> (Promacta)	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
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
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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 - 60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	3	
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (Kuvan)	5	PA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Nitisinone)	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</i> (Kuvan)	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

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Baclofen)	2	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Fexmid)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Dantrium)	2	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	2	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i> (Methocarbamol)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i> (Zanaflex)	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> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron-1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>obstetrix dha oral combo pack, tablet and cap, dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i> (Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>o-cal prenatal oral tablet 15 mg iron-1,000 mcg</i> (Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>pnv 29-1 oral tablet 29 mg iron- 1 mg</i> (Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> (Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i> (Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i> (Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i> (Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i> (Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i> (Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i> (Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>prenal true combo pack 30 mg iron-1.4 mg-300 mg</i> (Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i> (Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i> (Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i> (Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i> (Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>prenatal low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	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>	(Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>preplus oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>pretab oral tablet 29-1 mg</i>	(Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg- 320 mg</i>	(Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	(Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	(Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	(Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>triveen-duo dha oral combo pack 29-1-400 mg</i>	(Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>virt-c dha oral capsule 35-1-200 mg</i>	(Pnv, Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	

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

10/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>virt-pn plus oral capsule 28-1-300 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>vitafol nano oral tablet 18 mg iron- 1 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>vp-pnv-dha oral capsule 28 mg iron-1 mg-200 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i> (Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	2	

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

10/01/2025

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

10/01/2025

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 161	ADVOCATE SYRINGES 161, 162	<i>amlodipine-atorvastatin</i> 56
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS..... 161	<i>afirmelle</i> 129	<i>amlodipine-benazepril</i> 55
<i>abacavir</i> 152	AIMOVIG AUTOINJECTOR... 34	<i>amlodipine-olmesartan</i> 55
<i>abacavir-lamivudine</i> 152	AIRSUPRA 71, 72	<i>amlodipine-valsartan</i> 55
ABELCET 149	AJOVY AUTOINJECTOR..... 34	<i>amlodipine-valsartan-hcthiacid</i> .. 55
<i>abigale</i> 86	AJOVY SYRINGE 34	<i>ammonium lactate</i> 78
<i>abigale lo</i> 86	AKEEGA 2	<i>amoxapine</i> 146
ABILIFY ASIMTUFII 40	<i>ala-cort</i> 75	<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz</i> .. 80
ABILIFY MAINTENA 40	<i>albendazole</i> 37	<i>amoxicillin</i> 125, 126
<i>abiraterone</i> 2	<i>albuterol sulfate</i> 72, 73	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> 126
<i>abirtega</i> 2	ALCOHOL PADS 162	<i>amphotericin b</i> 149
ABOUTTIME PEN NEEDLE .. 161	ALCOHOL PREP PADS 186	<i>amphotericin b liposome</i> 149
ABRYSVO (PF) 99	ALCOHOL PREP SWABS 162	<i>ampicillin</i> 126
<i>acamprosate</i> 24	ALCOHOL SWABS 162	<i>ampicillin sodium</i> 126
<i>acarbose</i> 27	ALCOHOL WIPES 163	<i>ampicillin-sulbactam</i> 126
<i>acebutolol</i> 50	ALECENSA 2	<i>anagrelide</i> 217
<i>acetaminophen-codeine</i> 117	<i>alendronate</i> 62	<i>anastrozole</i> 2
<i>acetazolamide</i> 106	<i>alfuzosin</i> 84	ANKTIVA 2
<i>acetazolamide sodium</i> 106	<i>aliskiren</i> 61	ANORO ELLIPTA 73
<i>acetic acid</i> 108	<i>allopurinol</i> 34	<i>aprepitant</i> 36
<i>acetylcysteine</i> 69	<i>alosetron</i> 62	APRETUDE 153
<i>acitretin</i> 78	<i>alprazolam</i> 25	<i>apri</i> 130
ACTEMRA 91	ALREX 110	APTIVUS 153
ACTEMRA ACTPEN 91	<i>altavera (28)</i> 130	AQINJECT PEN NEEDLE 163
ACTHAR 88	ALTRENO 80	ARCALYST 91
ACTHAR SELFJECT 88	ALUNBRIG 2	AREXVY (PF) 100
ACTHIB (PF) 99	ALVAIZ 219	ARIKAYCE 121
ACTIMMUNE 113	<i>alyacen 1/35 (28)</i> 130	<i>aripiprazole</i> 40
<i>acyclovir</i> 78, 160	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i> 130	ARISTADA 41
<i>acyclovir sodium</i> 160	ALYFTREK 69	ARISTADA INITIO 41
ADACEL(TDAP	<i>alyq</i> 114	<i>armodafinil</i> 64
ADOLESN/ADULT)(PF) 99	<i>amantadine hcl</i> 38	ARNUITY ELLIPTA 71
<i>adapalene</i> 80	<i>amethyst (28)</i> 130	<i>asenapine maleate</i> 41
<i>adefovir</i> 160	<i>amikacin</i> 121	<i>aspirin-dipyridamole</i> 219
ADEMPAS 114	<i>amiloride</i> 58	ASSURE ID DUO PRO SFTY
<i>adrucil</i> 2	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ... 58	PEN NDL 163
ADVAIR HFA 71	<i>amiodarone</i> 50	ASSURE ID DUO-SHIELD... 163
ADVOCATE PEN NEEDLE .. 162	<i>amitriptyline</i> 146	ASSURE ID INSULIN
	<i>amlodipine</i> 55	SAFETY 163

ASSURE ID PEN NEEDLE.....	163	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	108	<i>bendamustine</i>	3
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE.....	163	<i>baclofen</i>	222	BENDAMUSTINE.....	3
ASTAGRAF XL.....	91	<i>bal-care dha</i>	222	BENDEKA.....	3
<i>atazanavir</i>	153	<i>bal-care dha essential</i>	222	BENLYSTA.....	92
<i>atenolol</i>	50	<i>balsalazide</i>	62	<i>benztropine</i>	38
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	50	BALVERSA.....	3	BESREMI.....	92
<i>atomoxetine</i>	64	BAQSIMI.....	113	<i>betaine</i>	113
<i>atorvastatin</i>	56	BCG VACCINE, LIVE (PF)....	100	<i>betamethasone dipropionate</i>	75
<i>atovaquone</i>	37	BD ALCOHOL SWABS.....	165	<i>betamethasone valerate</i>	75
<i>atovaquone-proguanil</i>	37	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE.....	164	<i>betamethasone, augmented</i> ...75, 76	
<i>atropine</i>	112	BD ECLIPSE LUER-LOK.....	164	BETASERON.....	65
ATROVENT HFA.....	73	BD INSULIN SYRINGE.....	164	<i>betaxolol</i>	106
<i>aubra eq</i>	130	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT).....	164	<i>bethanechol chloride</i>	84
AUGTYRO.....	2	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP.....	164	<i>bexarotene</i>	3
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	130	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE.....	164	BEXSERO.....	100
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	130	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE.....	164	<i>bicalutamide</i>	3
<i>aurovela 24 fe</i>	130	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE.....	165	BICILLIN L-A.....	126
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	130	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	165	BIKTARVY.....	153
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	130	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE.....	165	<i>bimatoprost</i>	106
AUSTEDO.....	64, 65	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE.....	165	<i>bisoprolol fumarate</i>	50
AUSTEDO XR.....	65	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE.....	165	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..	51
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	65	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE.....	166	BIZENGRI.....	3
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE.....	163	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE.....	166	<i>bleomycin</i>	3
AUVELITY.....	146	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT).....	166	<i>blisovi 24 fe</i>	130
<i>aviane</i>	130	BD VEO INSULIN SYRINGE UF.....	166	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	131
AVMAPKI.....	2	BELSOMRA.....	64	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	131
AVMAPKI-FAKZYNJA.....	3	<i>benazepril</i>	59	BOOSTRIX TDAP.....	100
AVONEX.....	65	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	60	BORDERED GAUZE.....	166
AXTLE.....	3			<i>bortezomib</i>	4
<i>ayuna</i>	130			BORUZU.....	4
AYVAKIT.....	3			<i>bosentan</i>	114
<i>azacitidine</i>	3			BOSULIF.....	4
<i>azathioprine</i>	91			BRAFTOVI.....	4
<i>azathioprine sodium</i>	91			BREO ELLIPTA.....	71
<i>azelastine</i>	112			<i>breyana</i>	71
<i>azithromycin</i>	124, 125			BREZTRI AEROSPHERE.....	73
<i>aztreonam</i>	123			BRILINTA.....	219
<i>azurette (28)</i>	130			<i>brimonidine</i>	106
<i>bacitracin</i>	108			<i>brimonidine-timolol</i>	106
				<i>brinzolamide</i>	106
				BRIVIACT.....	139
				<i>bromfenac</i>	110

<i>bromocriptine</i>	38	<i>carteolol</i>	106	CLENPIQ.....	83
BRONCHITOL.....	69	<i>cartia xt</i>	52	CLICKFINE PEN NEEDLE	
BRUKINSA.....	4	<i>carvedilol</i>	51		167, 181, 182
<i>budesonide</i>	62, 72	CAYSTON.....	123	<i>clindamycin hcl</i>	121
<i>budesonide-formoterol</i>	72	<i>cefaclor</i>	123	<i>clindamycin phosphate</i>	
<i>bumetanide</i>	58	<i>cefadroxil</i>	123		79, 120, 121, 122
<i>buprenorphine</i>	117	<i>cefazolin</i>	123	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	79
<i>buprenorphine hcl</i>	24	<i>cefdinir</i>	123	CLINIMIX 6%-D5W	
<i>buprenorphine-naloxone</i>	24	<i>cefepime</i>	123	(SULFITE-FREE).....	48
<i>bupropion hcl</i>	146	<i>cefixime</i>	124	CLINIMIX 8%-	
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> ...	24	<i>cefoxitin</i>	124	D10W(SULFITE-FREE).....	48
<i>buspirone</i>	113	<i>cefpodoxime</i>	124	CLINIMIX 8%-	
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i> ..	117	<i>cefprozil</i>	124	D14W(SULFITE-FREE).....	48
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i> ..	117	<i>ceftazidime</i>	124	CLINIMIX E 8%-D10W	
CABENUVA.....	153	<i>ceftriaxone</i>	124	SULFITEFREE.....	49
<i>cabergoline</i>	38	<i>cefuroxime axetil</i>	124	CLINIMIX E 8%-D14W	
CABOMETYX.....	4	<i>cefuroxime sodium</i>	124	SULFITEFREE.....	49
<i>cabotegravir</i>	153	<i>celecoxib</i>	115	<i>clobazam</i>	140
<i>calcipotriene</i>	78	<i>cephalexin</i>	124	<i>clobetasol</i>	76
<i>calcitonin (salmon)</i>	63	<i>cevimeline</i>	74	<i>clobetasol-emollient</i>	76
<i>calcitriol</i>	63	<i>chateal eq (28)</i>	131	<i>clomipramine</i>	146
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>		<i>chlordiazepoxide hcl</i>	25	<i>clonazepam</i>	25
.....	82, 83	<i>chlorhexidine gluconate</i>	74	<i>clonidine</i>	49
CALQUENCE.....	4	<i>chloroquine phosphate</i>	37	<i>clonidine hcl</i>	49
CALQUENCE		<i>chlorpromazine</i>	41	<i>clopidogrel</i>	219
(ACALABRUTINIB MAL).....	4	<i>chlorthalidone</i>	58	<i>clorazepate dipotassium</i>	25
<i>camila</i>	131	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	56	<i>clotrimazole</i>	150
CAMZYOS.....	53	<i>cholestyramine light</i>	56	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	150
<i>candesartan</i>	54	<i>ciclopirox</i>	149, 150	<i>clozapine</i>	41, 42
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	54	<i>cilostazol</i>	219	<i>c-nate dha</i>	223
CAPLYTA.....	41	CIMDUO.....	153	COARTEM.....	37
CAPRELSA.....	4, 5	<i>cimetidine hcl</i>	80	COBENFY.....	42
<i>captopril</i>	60	CIMZIA.....	92	COBENFY STARTER PACK...	42
<i>carbamazepine</i>	140	CIMZIA POWDER FOR		<i>colchicine</i>	34
<i>carbidopa-levodopa</i>	39	RECONST.....	92	<i>colesevelam</i>	56
CAREFINE PEN NEEDLE.....	166	<i>cinacalcet</i>	63	<i>colestipol</i>	56
CARETOUCH ALCOHOL		CINQAIR.....	69	<i>colistin (colistimethate na)</i>	122
PREP PAD.....	166	<i>ciprofloxacin hcl</i>	108, 127	COMBIVENT RESPIMAT.....	73
CARETOUCH INSULIN		<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> ...	127	COMETRIQ.....	5
SYRINGE.....	167	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> ...	108	COMFORT EZ INSULIN	
CARETOUCH PEN NEEDLE.....	167	<i>citalopram</i>	146	SYRINGE.....	168, 169, 170
<i>carglumic acid</i>	81	<i>clarithromycin</i>	125		

COMFORT EZ PEN		<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> .. 216	<i>diazepam</i>25, 26, 140
NEEDLES..... 168, 169		<i>dabigatran etexilate</i>217	<i>diazepam intensol</i> 25
COMFORT EZ PRO SAFETY		<i>dalfampridine</i> 65	<i>diazoxide</i>113
PEN NDL..... 169		<i>danazol</i> 85	<i>diclofenac epolamine</i>115
COMFORT TOUCH PEN		<i>dantrolene</i>222	<i>diclofenac potassium</i> 115
NEEDLE.....170, 171	DANYELZA..... 5		<i>diclofenac sodium</i> 111, 115
<i>completenate</i>223	DANZITEN.....5		<i>diclofenac-misoprostol</i> 116
<i>compro</i>36	<i>dapsone</i> 152		<i>dicloxacillin</i> 126
<i>constulose</i> 81	DAPTACEL (DTAP		<i>dicyclomine</i>81
COPIKTRA..... 5	PEDIATRIC) (PF).....100		<i>didanosine</i>153
CORLANOR..... 53	<i>daptomycin</i>122		DIFICID.....125
CORTROPHIN GEL.....88	<i>darunavir</i> 153		<i>difluprednate</i>111
COSENTYX.....92, 113	<i>dasatinib</i> 5		<i>digoxin</i> 53
COSENTYX (2 SYRINGES).....92	<i>dasetta 1/35 (28)</i>131		<i>dihydroergotamine</i>34
COSENTYX PEN (2 PENS).....92	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>131		<i>diltiazem hcl</i>52
COSENTYX UNOREADY	DATROWAY.....5		<i>dilt-xr</i> 52
PEN.....92	DAURISMO.....6		<i>dimethyl fumarate</i>66
COTELLIC.....5	<i>deblitane</i> 131		<i>diphenoxylate-atropine</i>81
CREON.....221	<i>decitabine</i>6		<i>dipyridamole</i>219
CRESEMBA.....150	<i>deferasirox</i> 120		<i>disulfiram</i>24
<i>cromolyn</i> 69, 81, 112	DELSTRIGO..... 153		<i>divalproex</i> 140
<i>cryselle (28)</i> 131	<i>demeclocycline</i>128		<i>dofetilide</i> 50
CURAD GAUZE PAD.....171	DENG VAXIA (PF)..... 100		<i>dolishale</i> 131
CURITY ALCOHOL SWABS 171	<i>denta 5000 plus</i>74		<i>donepezil</i>26
CURITY GAUZE.....171	<i>dentagel</i> 74		<i>dorzolamide</i> 106
<i>cyclafem 1/35 (28)</i> 131	DEPO-SUBQ PROVERA 104... 90		<i>dorzolamide-timolol</i> 107
<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i> 131	DERMACEA.....171		DOVATO..... 154
<i>cyclobenzaprine</i>222	DERMACEA NON-WOVEN.. 171		<i>doxazosin</i> 49
<i>cyclophosphamide</i> 5	<i>dermacinrx lidocan</i>119		<i>doxepin</i>147
<i>cyclosporine</i>92, 93, 110	DESCOVY..... 153		<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>6
<i>cyclosporine modified</i>92	<i>desipramine</i> 146		<i>doxy-100</i> 128
CYLTEZO(CF)..... 93	<i>desmopressin</i> 88, 89		<i>doxycycline hyclate</i> 128, 129
CYLTEZO(CF) PEN.....93	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> 131		<i>doxycycline monohydrate</i> 129
CYLTEZO(CF) PEN	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>131		DRIZALMA SPRINKLE..... 147
CROHN'S-UC-HS.....93	<i>desvenlafaxine succinate</i> 146		<i>dronabinol</i> 36
CYLTEZO(CF) PEN	<i>dexamethasone</i>87		DROPLET INSULIN
PSORIASIS-UV..... 93	<i>dexamethasone sodium</i>		SYR(HALF UNIT).....171, 172
<i>cyred eq</i>131	<i>phosphate</i>87, 110		DROPLET INSULIN
<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchl</i>	<i>dextroamphetamine-</i>		SYRINGE..... 172, 173, 174
..... 215	<i>amphetamine</i>65, 66		DROPLET MICRON PEN
<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>49		NEEDLE.....174
<i>chloride</i>215	DIACOMIT..... 140		DROPLET PEN NEEDLE..... 174

DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS.....	174	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	178, 179	ENERGIX-B (PF).....	100
DROPSAFE INSULIN SYRINGE.....	174, 175	EASY TOUCH UNI-SLIP	180	ENERGIX-B PEDIATRIC (PF)	100
DROPSAFE PEN NEEDLE.....	175	<i>econazole nitrate</i>	150	<i>enilloring</i>	132
<i>droxidopa</i>	49	EDURANT	154	<i>enoxaparin</i>	217, 218
DUAVEE.....	86	EDURANT PED	154	<i>enpresse</i>	132
<i>duloxetine</i>	147	<i>efavirenz</i>	154	<i>enskyce</i>	132
DUPIXENT PEN	93	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> ..	154	<i>entacapone</i>	39
DUPIXENT SYRINGE.....	93	<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> ..	154	<i>entecavir</i>	160
<i>dutasteride</i>	84	ELAHERE.....	6	ENTRESTO SPRINKLE.....	54
EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....	176	ELEPSIA XR.....	141	<i>enulose</i>	81
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	175, 176, 177	ELIGARD	6	EPCLUSA.....	158, 159
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	176, 177	ELIGARD (3 MONTH).....	6	EPIDIOLEX.....	141
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	175	ELIGARD (4 MONTH).....	6	<i>epinastine</i>	112
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE.....	177	ELIGARD (6 MONTH).....	6	<i>epinephrine</i>	53
EASY GLIDE PEN NEEDLE..	177	<i>elinest</i>	131	<i>epitol</i>	141
EASY TOUCH.....	179, 180	ELIQUIS	217	EPIVIR HBV	154
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS.....	178	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START.....	217	EPKINLY	6
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN.....	179	ELREXFIO	6	<i>eplerenone</i>	61
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE.....	178	<i>eltrombopag olamine</i>	219, 220	EPRONTIA.....	141
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR.....	178	<i>eluryng</i>	131	ERBITUX.....	7
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.....	177, 178, 179, 180	EMBRACE PEN NEEDLE	180, 181	<i>ergoloid</i>	26
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN.....	179	EMCYT.....	6	ERIVEDGE.....	7
EASY TOUCH PEN NEEDLE	179	EMGALITY PEN	34	ERLEADA.....	7
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE.....	180	EMGALITY SYRINGE.....	35	<i>erlotinib</i>	7
		<i>emoquette</i>	132	<i>errin</i>	132
		EMRELIS.....	6	<i>ertapenem</i>	123
		EMSAM.....	147	<i>erythromycin</i>	108, 125
		<i>emtricitabine</i>	154	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	125
		<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	154	<i>erythromycin with ethanol</i>	79
		<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	154	ERZOFRI.....	42
		EMTRIVA.....	154	<i>escitalopram oxalate</i>	147
		<i>emzahh</i>	132	<i>eslicarbazepine</i>	141
		<i>enalapril maleate</i>	60	<i>esomeprazole magnesium</i>	80
		<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	60	<i>estarylla</i>	132
		ENBREL	93	<i>estradiol</i>	86
		ENBREL MINI.....	93	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	86
		ENBREL SURECLICK.....	94	<i>eszopiclone</i>	64
		<i>endocet</i>	117	<i>ethambutol</i>	152
				<i>ethosuximide</i>	141
				<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	132
				<i>etodolac</i>	116

<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ...	132	FIASP FLEXTOUCH U-100		FREESTYLE PRECISION	181
ETOPOPHOS	7	INSULIN	30	FRUZAQLA	8
<i>etoposide</i>	7	FIASP PENFILL U-100		<i>fulvestrant</i>	8
<i>etravirine</i>	154	INSULIN	30	<i>furosemide</i>	58, 59
EUCRISA	76	FIASP U-100 INSULIN	30	FUZEON	154
EULEXIN	7	<i>fidaxomicin</i>	125	FYARRO	8
<i>everolimus (antineoplastic)</i>	7	<i>finasteride</i>	84	FYCOMPA	141
<i>everolimus</i>		<i> fingolimod</i>	66	<i>gabapentin</i>	141, 142
<i>(immunosuppressive)</i>	94	FINTEPLA	141	<i>galantamine</i>	26, 27
EVOTAZ	154	FIRMAGON KIT W		<i>gallifrey</i>	90
<i>exemestane</i>	7	DILUENT SYRINGE	7, 8	GAMUNEX-C	94
EXTENCILLINE	127	<i>flavoxate</i>	84	GARDASIL 9 (PF)	101
EYSUVIS	111	<i>flecainide</i>	50	GAUZE PAD	181
<i>ezetimibe</i>	56	<i>floxuridine</i>	8	<i>gavilyte-c</i>	83
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	56	<i>fluconazole</i>	150	<i>gavilyte-g</i>	83
FAKZYNJA	7	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> ...	150	<i>gavilyte-n</i>	83
<i>falmina (28)</i>	132	<i>flucytosine</i>	150	GAVRETO	8
<i>famciclovir</i>	160	<i>fludrocortisone</i>	87	<i>gefitinib</i>	8
<i>famotidine</i>	80	<i>flunisolide</i>	111	<i>gemfibrozil</i>	57
FANAPT	42	<i>fluocinolone</i>	76	<i>generlac</i>	81
FANAPT TITRATION PACK		<i>fluocinolone acetonide oil</i>	111	<i>gengraf</i>	94
A	42	<i>fluocinonide</i>	76	<i>gentak</i>	108
FANAPT TITRATION PACK		<i>fluoride (sodium)</i>	75	<i>gentamicin</i>	79, 108, 121
B	42	<i>fluorometholone</i>	111	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	121
FANAPT TITRATION PACK		<i>fluorouracil</i>	8, 78	<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	121
C	42	<i>fluoxetine</i>	147	GENVOYA	155
FARXIGA	27	<i>fluphenazine decanoate</i>	43	GILOTRIF	8
FASENRA	69	<i>fluphenazine hcl</i>	43	<i>glatiramer</i>	66
FASENRA PEN	69	<i>flurbiprofen</i>	116	<i>glatopa</i>	66
<i>febuxostat</i>	34	<i>flurbiprofen sodium</i>	111	GLEOSTINE	8
<i>feirza</i>	132	<i>flutamide</i>	8	<i>glimepiride</i>	33
<i>felbamate</i>	141	<i>fluticasone propionate</i> .. 72, 76, 111		<i>glipizide</i>	33
<i>felodipine</i>	55	<i>fluticasone propion-salmeterol</i> ...	72	<i>glipizide-metformin</i>	33
<i>femynor</i>	132	<i>fluvastatin</i>	57	<i>glutamine (sickle cell)</i>	113
<i>fenofibrate</i>	57	<i>fluvoxamine</i>	147	<i>glyburide</i>	33
<i>fenofibrate micronized</i>	57	<i>folivane-ob</i>	223	<i>glyburide micronized</i>	33
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	57	<i>fondaparinux</i>	218	<i>glyburide-metformin</i>	34
<i>fentanyl</i>	118	<i>fosamprenavir</i>	154	<i>glycopyrrolate</i>	81
<i>fentanyl citrate</i>	118	<i>fosinopril</i>	60	<i>glydo</i>	119
<i>fesoterodine</i>	84	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	60	GLYXAMBI	27
FETZIMA	147	<i>fosphenytoin</i>	141	GOMEKLI	8, 9
		FOTIVDA	8	<i>griseofulvin microsize</i>	150

<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	150	HUMIRA(CF) PEN		<i>incassia</i>	133
<i>guanfacine</i>	49, 66	PEDIATRIC UC.....	94	INCONTROL ALCOHOL	
GVOKE.....	113	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-		PADS.....	183
GVOKE HYPOPEN 2-PACK..	113	ADOL HS.....	95	INCONTROL PEN NEEDLE	
GVOKE PFS 1-PACK		HUMULIN R U-500 (CONC)			183, 184
SYRINGE.....	113	INSULIN.....	30	INCRELEX.....	89
HAEGARDA.....	220	HUMULIN R U-500 (CONC)		<i>indapamide</i>	59
<i>hailey 24 fe</i>	132	KWIKPEN.....	31	<i>indomethacin</i>	116
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	132	<i>hydralazine</i>	53	INFANRIX (DTAP) (PF).....	101
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	132	<i>hydrochlorothiazide</i>	59	<i>infliximab</i>	95
<i>halobetasol propionate</i>	77	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	118	INGREZZA.....	67
<i>haloette</i>	132	<i>hydrocortisone</i>	62, 77, 87	INGREZZA INITIATION	
<i>haloperidol</i>	43	<i>hydrocortisone valerate</i>	77	PK(TARDIV).....	66
<i>haloperidol decanoate</i>	43	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	108	INGREZZA SPRINKLE.....	67
<i>haloperidol lactate</i>	43	<i>hydromorphone</i>	118	INLYTA.....	10
HARVONI.....	159	<i>hydroxychloroquine</i>	37, 38	INPEN (FOR HUMALOG)	
HAVRIX (PF).....	101	<i>hydroxyurea</i>	9	BLUE.....	184
HEALTHWISE INSULIN		<i>hydroxyzine hcl</i>	152	INPEN (NOVOLOG OR	
SYRINGE.....	182, 183	<i>hydroxyzine pamoate</i>	113	FIASP) BLUE.....	184
HEALTHWISE PEN NEEDLE	183	<i>ibandronate</i>	63	INQOVI.....	10
HEALTHY ACCENTS		IBRANCE.....	9	INREBIC.....	10
UNIFINE PENTIP.....	183	IBTROZI.....	9	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	31
<i>heather</i>	133	<i>ibu</i>	116	<i>insulin aspart u-100</i>	31
<i>heparin (porcine)</i>	218	<i>ibuprofen</i>	116	<i>insulin glargine-yfgn</i>	31
HEPLISAV-B (PF).....	101	<i>icatibant</i>	53	INSULIN SYR/NDL U100	
HERCEPTIN HYLECTA.....	9	<i>iclevia</i>	133	HALF MARK.....	184
HERNEXEOS.....	9	ICLUSIG.....	9	INSULIN SYRINGE.....	165
HERZUMA.....	9	<i>icosapent ethyl</i>	57	INSULIN SYRINGE	
HIBERIX (PF).....	101	IDHIFA.....	9	MICROFINE.....	164
HUMIRA.....	94	<i>ifosfamide</i>	9	INSULIN SYRINGE	
HUMIRA PEN.....	94	ILEVRO.....	111	NEEDLELESS.....	185
HUMIRA PEN CROHNS-UC-		<i>imatinib</i>	9	INSULIN SYRINGE-NEEDLE	
HS START.....	94	IMBRUVICA.....	10	U-100	
HUMIRA PEN PSOR-		IMDELLTRA.....	10	181, 184, 185, 190, 193, 195, 200,	
UVEITS-ADOL HS.....	94	<i>imipenem-cilastatin</i>	123	205, 206	
HUMIRA(CF).....	95	<i>imipramine hcl</i>	148	INSULIN U-500 SYRINGE-	
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS		<i>imiquimod</i>	78	NEEDLE.....	185
STARTER.....	94	IMJUDO.....	10	INSUPEN PEN NEEDLE	185, 186
HUMIRA(CF) PEN.....	95	IMKELDI.....	10	INTELENCE.....	155
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-		IMOVAX RABIES VACCINE		INTRON A.....	160
UC-HS.....	94	(PF).....	101	<i>introvale</i>	133
		IMPAVIDO.....	38	INVEGA HAFYERA.....	43

INVEGA SUSTENNA.....	43, 44	JYLAMVO.....	11	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	134
INVEGA TRINZA.....	44	JYNNEOS (PF).....	101	<i>larin 1/20 (21)</i>	134
INVELTYS.....	111	KALETRA.....	155	<i>larin 24 fe</i>	134
IPOLE.....	101	KALYDECO.....	70	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	134
<i>ipratropium bromide</i>	73, 112	<i>kariva (28)</i>	133	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	134
<i>ipratropium-albuterol</i>	73	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	133	<i>larissia</i>	134
<i>irbesartan</i>	54	<i>kelnor 1/50 (28)</i>	133	<i>latanoprost</i>	107
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	54	KERENDIA.....	61	LAZCLUZE.....	12
ISENTRESS.....	155	KESIMPTA PEN.....	67	<i>leflunomide</i>	95
ISENTRESS HD.....	155	<i>ketoconazole</i>	150, 151	<i>lenalidomide</i>	12
<i>isibloom</i>	133	<i>ketorolac</i>	111, 116	LENTOCILIN S.....	127
<i>isoniazid</i>	152	KEYTRUDA.....	11	LENVIMA.....	12
ISOPROPYL ALCOHOL.....	78	KIMMTRAK.....	11	<i>lessina</i>	134
<i>isosorbide dinitrate</i>	61	KINERET.....	95	<i>letrozole</i>	12
<i>isosorbide mononitrate</i>	61	KINRIX (PF).....	101	<i>leucovorin calcium</i>	113
ITOVEBI.....	10	<i>kionex (with sorbitol)</i>	81	LEUKERAN.....	12
<i>itraconazole</i>	150	KISQALI.....	11	<i>leuprolide</i>	12
IV PREP WIPES.....	186	KISQALI FEMARA CO- PACK.....	11	<i>leuprolide (3 month)</i>	12
<i>ivabradine</i>	53	KLISYRI (250 MG).....	78	<i>levetiracetam</i>	142
<i>ivermectin</i>	38	<i>klor-con m10</i>	216	<i>levobunolol</i>	107
IWILFIN.....	10	<i>klor-con m15</i>	216	<i>levocetirizine</i>	152
IXIARO (PF).....	101	<i>klor-con m20</i>	216	<i>levofloxacin</i>	128
JAKAFI.....	10	KLOXXADO.....	24	<i>levofloxacin in d5w</i>	128
<i>jantoven</i>	218	KOSELUGO.....	11	<i>levonest (28)</i>	134
JANUMET.....	27	<i>kosher prenatal plus iron</i>	223	<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i> ..	134
JANUMET XR.....	27	KRAZATI.....	12	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	134
JANUVIA.....	27	<i>kurvelo (28)</i>	133	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	134
JARDIANCE.....	28	KYLEENA.....	134	<i>levora-28</i>	135
<i>javygtor</i>	221	KYNMOBI.....	39	<i>levothyroxine</i>	85
JAYPIRCA.....	11	<i>labetalol</i>	51	LEXIVA.....	155
JEMPERLI.....	11	<i>lacosamide</i>	142	LIBERVANT.....	142
<i>jencycla</i>	133	<i>lactulose</i>	81	<i>lidocaine</i>	119
JENTADUETO.....	28	<i>lamivudine</i>	155	<i>lidocaine hcl</i>	119
JENTADUETO XR.....	28	<i>lamivudine-zidovudine</i>	155	<i>lidocaine viscous</i>	119
<i>jolessa</i>	133	<i>lamotrigine</i>	142	<i>lidocaine-prilocaine</i>	120
<i>juleber</i>	133	<i>lanreotide</i>	89	<i>lidocan iii</i>	120
JULUCA.....	155	<i>lansoprazole</i>	80	LILETTA.....	135
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	133	LANTUS SOLOSTAR U-100		<i>lillow (28)</i>	135
<i>junel 1/20 (21)</i>	133	INSULIN.....	31	<i>linezolid</i>	122
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	133	LANTUS U-100 INSULIN.....	31	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	122
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	133	<i>lapatinib</i>	12	LINZESS.....	82
<i>junel fe 24</i>	133			<i>liothyronine</i>	85

LISCO.....	186	LYBALVI.....	44	MAYZENT STARTER(FOR	
<i>lisinopril</i>	60	<i>lyleq</i>	135	1MG MAINT).....	68
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	60	LYNOZYFIC.....	13	MAYZENT STARTER(FOR	
LITE TOUCH INSULIN PEN		LYNPARZA.....	13	2MG MAINT).....	68
NEEDLES.....	186	LYSODREN.....	13	<i>mecizine</i>	36
LITE TOUCH INSULIN		LYTGOBI.....	14	<i>medroxyprogesterone</i>	90, 91
SYRINGE.....	186, 187	<i>lyza</i>	135	<i>mefloquine</i>	38
<i>lithium carbonate</i>	67	MAGELLAN INSULIN		<i>megestrol</i>	14, 91
<i>lithium citrate</i>	67	SAFETY SYRNG.....	187, 188	MEKINIST.....	14
LIVTENCITY.....	159	MAGELLAN SYRINGE.....	187	MEKTOVI.....	14
LOKELMA.....	82	<i>magnesium sulfate</i>	216	<i>meleya</i>	135
LONSURF.....	12	<i>malathion</i>	79	<i>meloxicam</i>	116
<i>loperamide</i>	82	<i>maraviroc</i>	156	<i>memantine</i>	27
<i>lopinavir-ritonavir</i>	155, 156	MARGENZA.....	14	MENACTRA (PF).....	102
LOQTORZI.....	12	<i>marlissa (28)</i>	135	MENQUADFI (PF).....	102
<i>lorazepam</i>	26	<i>marnatal-f</i>	223	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	
<i>lorazepam intensol</i>	26	MARPLAN.....	148	(PF).....	102
LORBRENA.....	12, 13	MATULANE.....	14	<i>mercaptopurine</i>	14
<i>losartan</i>	54	MAVENCLAD (10 TABLET		<i>meropenem</i>	123
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	54	PACK).....	67	<i>mesalamine</i>	62
LOTEMAX.....	111	MAVENCLAD (4 TABLET		<i>mesna</i>	113
LOTEMAX SM.....	111	PACK).....	67	<i>metformin</i>	28
<i>loteprednol etabonate</i>	111, 112	MAVENCLAD (5 TABLET		<i>methadone</i>	118
<i>lovastatin</i>	57	PACK).....	67	<i>methazolamide</i>	107
<i>low-ogestrel (28)</i>	135	MAVENCLAD (6 TABLET		<i>methenamine hippurate</i>	122
<i>loxapine succinate</i>	44	PACK).....	67	<i>methimazole</i>	85
<i>lubiprostone</i>	82	MAVENCLAD (7 TABLET		<i>methocarbamol</i>	222
LUMAKRAS.....	13	PACK).....	67	<i>methotrexate sodium</i>	14
LUMIGAN.....	107	MAVENCLAD (8 TABLET		<i>methotrexate sodium (pf)</i>	14
LUNSUMIO.....	13	PACK).....	67	<i>methoxsalen</i>	78
LUPRON DEPOT.....	13, 89	MAVENCLAD (9 TABLET		<i>methsuximide</i>	142
LUPRON DEPOT (3 MONTH)		PACK).....	67	<i>methylphenidate hcl</i>	68
.....	13, 89	MAXICOMFORT II PEN		<i>methylprednisolone</i>	87, 88
LUPRON DEPOT (4 MONTH).	13	NEEDLE.....	188	<i>methylprednisolone acetate</i>	87
LUPRON DEPOT (6 MONTH).	13	MAXICOMFORT INSULIN		<i>metoclopramide hcl</i>	82
LUPRON DEPOT-PED.....	89	SYRINGE.....	188	<i>metolazone</i>	59
LUPRON DEPOT-PED (3		MAXI-COMFORT INSULIN		<i>metoprolol succinate</i>	51
MONTH).....	89	SYRINGE.....	188	<i>metoprolol tartrate</i>	51
<i>lurasidone</i>	44	MAXICOMFORT SAFETY		<i>metronidazole</i>	79, 120, 122
<i>lutera (28)</i>	135	PEN NEEDLE.....	188	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> ..	122
LUTRATE DEPOT (3		MAYZENT.....	68	<i>metryrosine</i>	53
MONTH).....	89			<i>micafungin</i>	151

<i>miconazole-3</i>	151	<i>morphine concentrate</i>	118	<i>neo-polycin</i>	109
MICRODOT INSULIN PEN		MOUNJARO.....	28	<i>neo-polycin hc</i>	109
NEEDLE.....	188	MOVANTIK.....	82	NERLYNX.....	15
MICRODOT READYGARD		<i>moxifloxacin</i>	108, 128	<i>neuac</i>	79
PEN NEEDLE.....	188	<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>	128	NEULASTA ONPRO.....	220
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	135	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> ..	128	<i>nevirapine</i>	156
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	135	MRESVIA (PF).....	102	<i>newgen</i>	223
<i>microgestin 24 fe</i>	135	MULTAQ.....	50	NEXLETOL.....	57
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	135	<i>mupirocin</i>	79	NEXLIZET.....	57
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	135	MVASI.....	15	NEXPLANON.....	136
<i>midodrine</i>	49	<i>mycophenolate mofetil</i>	95	<i>niacin</i>	57
MIEBO (PF).....	112	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	95	<i>niacor</i>	57
<i>mifepristone</i>	28	<i>mycophenolate sodium</i>	95	NICOTROL NS.....	25
<i>mili</i>	135	<i>mynatal</i>	223	<i>nifedipine</i>	55, 56
<i>mimvey</i>	86	<i>mynatal advance</i>	223	NIKTIMVO.....	95
MINI ULTRA-THIN II.....	189	<i>mynatal plus</i>	223	<i>nilutamide</i>	15
<i>minitran</i>	61	<i>mynatal-z</i>	223	NINLARO.....	15
<i>minocycline</i>	129	<i>mynate 90 plus</i>	223	<i>nitazoxanide</i>	38
<i>minoxidil</i>	61	MYRBETRIQ.....	84	<i>nitisinone</i>	221
MIPLYFFA.....	161	<i>nabumetone</i>	116	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	122
MIRENA.....	135	<i>nafcillin</i>	127	<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	
<i>mirtazapine</i>	148	<i>naloxone</i>	24		122
<i>misoprostol</i>	81	<i>naltrexone</i>	24	<i>nitroglycerin</i>	61, 113
<i>mitoxantrone</i>	14	NANO 2ND GEN PEN		<i>niva-plus</i>	223
M-M-R II (PF).....	102	NEEDLE.....	190	NIVESTYM.....	220
<i>m-natal plus</i>	223	NANO PEN NEEDLE.....	191	NORDITROPIN FLEXPPO.....	89
<i>modafinil</i>	64	<i>naproxen</i>	116	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i> ..	136
MODEYSO.....	15	<i>naratriptan</i>	35	<i>norethindrone (contraceptive)</i> ..	136
<i>moexipril</i>	60	NATACYN.....	108	<i>norethindrone acetate</i>	91
<i>molindone</i>	45	<i>nateglinide</i>	28	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> ..	136
<i>mometasone</i>	77, 112	NATPARA.....	63	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> ..	136
MONOJECT INSULIN		NAYZILAM.....	142	<i>norlyda</i>	136
SAFETY SYRING.....	190	<i>nebivolol</i>	51	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	136
MONOJECT INSULIN		<i>nefazodone</i>	148	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	136
SYRINGE.....	189, 190	<i>neomycin</i>	121	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	136
MONOJECT SYRINGE.....	189	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	108	<i>nortriptyline</i>	148
MONOJECT ULTRA		<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	108	NORVIR.....	156
COMFORT INSULIN.....	208	<i>neomycin-polymyxin b-</i>		NOVOFINE 30.....	191
<i>mono-linyah</i>	136	<i>dexameth</i>	109	NOVOFINE 32.....	191
<i>montelukast</i>	72	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>		NOVOFINE PLUS.....	191
<i>morphine</i>	118, 119		109	NOVOLIN 70/30 U-100	
MORPHINE.....	118	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	109	INSULIN.....	31

NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100.....	32	<i>omeprazole</i>	81	<i>oxandrolone</i>	85
NOVOLIN N FLEXPEN.....	32	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS).....	191	<i>oxcarbazepine</i>	142, 143
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN.....	32	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5).....	191	<i>oxybutynin chloride</i>	84
NOVOLIN R FLEXPEN.....	32	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5).....	191	<i>oxycodone</i>	119
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN.....	32	OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS).....	191	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	119
NOVOTWIST.....	191	OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3).....	191	OZEMPIC.....	29
NUBEQA.....	15	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	191	<i>pacerone</i>	50
NUCALA.....	70	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4).....	191	<i>paclitaxel protein-bound</i>	16
NULOJIX.....	95	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4).....	191	<i>paliperidone</i>	45
NUPLAZID.....	45	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	191	PANRETIN.....	78
NURTEC ODT.....	35	ONAPGO.....	39	<i>pantoprazole</i>	81
<i>nyamyc</i>	151	<i>ondansetron</i>	36	<i>paricalcitol</i>	63
<i>nylia 1/35 (28)</i>	136	<i>ondansetron hcl</i>	36	<i>paromomycin</i>	38
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	137	ONTRUZANT.....	15	<i>paroxetine hcl</i>	148
<i>nymyo</i>	137	ONUREG.....	15	PAXLOVID.....	159
<i>nystatin</i>	151	OPDIVO.....	16	<i>pazopanib</i>	16
<i>nystatin-triamcinolone</i>	151	OPDIVO QVANTIG.....	16	PEDIARIX (PF).....	102
<i>nystop</i>	151	OPDUALAG.....	16	PEDVAX HIB (PF).....	102
NYVEPRIA.....	220	OPIPZA.....	45	<i>peg 3350-electrolytes</i>	83
<i>obstetrix dha</i>	224	OPSUMIT.....	114	PEGASYS.....	160
<i>obstetrix dha prenatal duo</i>	223	ORENCIA.....	96	<i>peg-electrolyte soln</i>	83
<i>o-cal prenatal</i>	224	ORENCIA (WITH MALTOSE).....	96	PEMAZYRE.....	16
OCREVUS.....	68	ORENCIA CLICKJECT.....	96	<i>pemetrexed disodium</i>	16
OCREVUS ZUNOVO.....	68	ORFADIN.....	221	PEMRYDI RTU.....	16
<i>octreotide acetate</i>	89, 90	ORGOVYX.....	90	PEN NEEDLE.....	192
ODEFSEY.....	156	ORILISSA.....	90	PEN NEEDLE, DIABETIC	170, 182, 188, 189, 192, 195
ODOMZO.....	15	ORKAMBI.....	70	PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY.....	196
OFEV.....	70	<i>orquidea</i>	137	PENBRAYA (PF).....	102
<i>ofloxacin</i>	109	ORSERDU.....	16	PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF).....	102
OGIVRI.....	15	<i>oseltamivir</i>	159	PENBRAYA MENB COMPONENT (PF).....	102
OGSIVEO.....	15	OSENVELT.....	63	<i>penicillamine</i>	120
OJEMDA.....	15	OTEZLA.....	96	<i>penicillin g potassium</i>	127
OJJAARA.....	15	OTEZLA STARTER.....	96	<i>penicillin g procaine</i>	127
<i>olanzapine</i>	45			<i>penicillin v potassium</i>	127
<i>olmesartan</i>	54			PENMENVY MEN A-B-C-W- Y (PF).....	103
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid</i>	54			PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF).....	103
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	54				
<i>olopatadine</i>	112				
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	57				

PENMENVY MENB COMPONENT (PF).....	103	<i>potassium chloride</i>	216	<i>primidone</i>	143, 144
PENTACEL (PF).....	103	<i>potassium citrate</i>	217	PRIORIX (PF).....	103
<i>pentamidine</i>	38	<i>pr natal 400</i>	224	PRO COMFORT ALCOHOL PADS.....	193
PENTIPS PEN NEEDLE. 192, 193		<i>pr natal 400 ec</i>	224	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	193
<i>pentoxifylline</i>	219	<i>pr natal 430</i>	224	PRO COMFORT PEN NEEDLE.....	194
<i>perampanel</i>	143	<i>pr natal 430 ec</i>	224	<i>probenecid</i>	34
<i>perindopril erbumine</i>	60	<i>pramipexole</i>	39	<i>probenecid-colchicine</i>	34
<i>periogard</i>	75	<i>prasugrel hcl</i>	219	PROCALAMINE 3%.....	49
<i>permethrin</i>	80	<i>pravastatin</i>	57	<i>prochlorperazine</i>	36
<i>perphenazine</i>	45	<i>praziquantel</i>	38	<i>prochlorperazine edisylate</i> ... 36, 46	
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	148	<i>prazosin</i>	49	<i>prochlorperazine maleate</i>	36
PERSERIS.....	45	<i>prednisolone</i>	88	<i>procto-med hc</i>	77
<i>phenelzine</i>	148	<i>prednisolone acetate</i>	112	<i>proctosol hc</i>	77
<i>phenobarbital</i>	143	<i>prednisolone sodium phosphate</i> . 88		<i>proctozone-hc</i>	77
PHENYTEK.....	143	<i>prednisone</i>	88	PRODIGY INSULIN SYRINGE.....	194
<i>phenytoin</i>	143	<i>pregabalin</i>	143	<i>progesterone micronized</i>	91
<i>phenytoin sodium</i>	143	PREHEVBRIO (PF).....	103	PROGRAF.....	96
<i>phenytoin sodium extended</i>	143	PREMARIN.....	87	PROLIA.....	63
PIFELTRO.....	156	PREMPHASE.....	87	<i>promethazine</i>	37
<i>pilocarpine hcl</i>	75, 107	PREMPRO.....	87	<i>promethegan</i>	37
<i>pimecrolimus</i>	77	<i>prenal true</i>	224	<i>propafenone</i>	50
<i>pimozide</i>	45	<i>prenaissance</i>	224	<i>propranolol</i>	51
<i>pimtree (28)</i>	137	<i>prenaissance plus</i>	224	<i>propylthiouracil</i>	85
<i>pioglitazone</i>	29	<i>prenatabs fa</i>	224	PROQUAD (PF).....	103
<i>pioglitazone-metformin</i>	29	<i>prenatal 19</i>	225	<i>protiptyline</i>	148
PIP PEN NEEDLE.....	193	<i>prenatal 19 (with docusate)</i>	224	PULMOZYME.....	221
<i>piperacillin-tazobactam</i>	127	<i>prenatal low iron</i>	225	PURE COMFORT ALCOHOL PADS.....	194
PIQRAY.....	16	<i>prenatal plus</i>	225	PURE COMFORT PEN NEEDLE.....	194
<i>pirfenidone</i>	70	<i>prenatal plus (calcium carb)</i> ... 224		PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	194
<i>pirmella</i>	137	<i>prenatal vitamin plus low iron</i> . 225		<i>pyrazinamide</i>	152
<i>pitavastatin calcium</i>	57	<i>prenatal-u</i>	225	<i>pyridostigmine bromide</i>	114
PLEGRIDY.....	68	<i>preplus</i>	225	<i>pyrimethamine</i>	38
<i>pnv 29-1</i>	224	<i>pretab</i>	225	QINLOCK.....	17
<i>pnv-dha + docusate</i>	224	<i>prevalite</i>	58	QUADRACEL (PF).....	103
<i>pnv-omega</i>	224	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE.....	193	<i>quetiapine</i>	46
<i>podofilox</i>	79	<i>previfem</i>	137		
<i>polycin</i>	109	PREVYMIS.....	159		
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> ..109		PREZCOBIX.....	156		
POMALYST.....	17	PREZISTA.....	156		
<i>portia 28</i>	137	PRIFTIN.....	152		
<i>posaconazole</i>	151	PRIMAQUINE.....	38		

<i>quinapril</i>	60	<i>rivaroxaban</i>	218	SEMGLEE(INSULIN	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	60	<i>rivastigmine</i>	27	GLARGINE-YFGN).....	32
<i>quinidine sulfate</i>	50	<i>rivastigmine tartrate</i>	27	SEMGLEE(INSULIN GLARG-	
<i>quinine sulfate</i>	38	<i>rizatriptan</i>	35	YFGN)PEN.....	32
QULIPTA.....	35	<i>r-natal ob</i>	225	<i>se-natal 19 chewable</i>	225
RABAVERT (PF).....	104	ROCKLATAN.....	107	SEREVENT DISKUS.....	73
<i>rabeprazole</i>	81	<i>roflumilast</i>	70	SEROSTIM.....	90
RALDESY.....	148	ROMVIMZA.....	17	<i>sertraline</i>	148
<i>raloxifene</i>	87	<i>ropinirole</i>	39	<i>setlakin</i>	137
<i>ramipril</i>	60, 61	<i>rosadan</i>	79	<i>sevelamer carbonate</i>	83
<i>ranolazine</i>	53	<i>rosuvastatin</i>	58	<i>sevelamer hcl</i>	83
<i>rasagiline</i>	39	ROTARIX.....	104	SEZABY.....	144
RASUVO (PF).....	96	ROTATEQ VACCINE.....	104	<i>sf 5000 plus</i>	75
RAYALDEE.....	63	ROZLYTREK.....	17, 18	<i>sharobel</i>	137
<i>reclipsen (28)</i>	137	RUBRACA.....	18	SHINGRIX (PF).....	104
RECOMBIVAX HB (PF).....	104	<i>rufinamide</i>	144	SIGNIFOR.....	90
RELENZA DISKHALER.....	160	RUKOBIA.....	157	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> ..	114
<i>repaglinide</i>	29	RUXIENCE.....	18	<i>silver sulfadiazine</i>	79
REPATHA PUSHTRONEX.....	58	RYBELSUS.....	29	SIMBRINZA.....	107
REPATHA SURECLICK.....	58	RYBREVANT.....	18	<i>simliya (28)</i>	137
REPATHA SYRINGE.....	58	RYDAPT.....	18	SIMPLI PEN NEEDLE.....	182
RETACRIT.....	220	RYKINDO.....	46	<i>simvastatin</i>	58
RETEVMO.....	17	RYTELO.....	18	<i>sirolimus</i>	97
RETROVIR.....	156	<i>sacubitril-valsartan</i>	54	SIRTURO.....	152
REVUFORJ.....	17	SAFESNAP INSULIN		SKY SAFETY PEN NEEDLE.....	196
REXULTI.....	46	SYRINGE.....	195, 196	SKYLA.....	137
REYATAZ.....	156	SAFETY PEN NEEDLE.....	196	SKYRIZI.....	97
REZLIDHIA.....	17	SANTYL.....	79	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	217
REZUROCK.....	96	<i>sapropterin</i>	221	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	217
RHOPRESSA.....	107	SAVELLA.....	68, 69	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	75
RIABNI.....	17	SCEMBLIX.....	18	<i>sodium oxybate</i>	64
<i>ribavirin</i>	160	<i>scopolamine base</i>	37	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	82
<i>rifabutin</i>	152	SECUADO.....	47	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> ..	83
<i>rifampin</i>	152	SECURESAFE INSULIN		<i>solifenacin</i>	84
<i>rilpivirine</i>	157	SYRINGE.....	196	SOLQUA 100/33.....	32
<i>riluzole</i>	68	SECURESAFE PEN NEEDLE.....	196	SOLTAMOX.....	18
RINVOQ.....	96	SELARSDI.....	97	SOMATULINE DEPOT.....	90
RINVOQ LQ.....	96	<i>select-ob</i>	225	SOMAVERT.....	90
<i>risperidone</i>	46	<i>select-ob (folic acid)</i>	225	<i>sorafenib</i>	18
<i>risperidone microspheres</i>	46	<i>selegiline hcl</i>	39	<i>sorine</i>	51
<i>ritonavir</i>	157	<i>selenium sulfide</i>	79	<i>sotalol</i>	51
RITUXAN HYCELA.....	17	SELZENTRY.....	157	<i>sotalol af</i>	51

SPIRIVA RESPIMAT	74	SURE-JECT INSULIN		TECVAYLI.....	19
<i>spironolactone</i>	59	SYRINGE.....	198	TEFLARO.....	124
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i> ..	59	SURE-PREP ALCOHOL PREP		<i>telmisartan</i>	55
SPRAVATO.....	149	PADS.....	198	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> ..	55
<i>sprintec (28)</i>	137	SUTAB.....	83	<i>temazepam</i>	26
SPRITAM.....	144	SYMPAZAN.....	144	TEMIXYS.....	157
<i>sps (with sorbitol)</i>	82	SYMTUZA.....	157	TENIVAC (PF).....	104
<i>sronyx</i>	137	SYNJARDY.....	29	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ...	157
<i>ssd</i>	79	SYNJARDY XR.....	29	TEPMETKO.....	19
<i>stavudine</i>	157	SYNRIBO.....	18	<i>terazosin</i>	84
STELARA.....	97	SYRINGE WITH NEEDLE,		<i>terbinafine hcl</i>	151
STERILE PADS.....	196	SAFETY.....	196	<i>terconazole</i>	120
STIOLTO RESPIMAT	74	TABLOID.....	18	<i>teriparatide</i>	63
STIVARGA.....	18	TABRECTA.....	19	TERUMO INSULIN	
STOBOCLO.....	63	<i>tacrolimus</i>	77, 97	SYRINGE.....	200
STRENSIQ.....	221	<i>tadalafil</i>	114	<i>testosterone</i>	85, 86
<i>streptomycin</i>	121	TAFINLAR.....	19	<i>testosterone cypionate</i>	85
STRIBILD.....	157	<i>tafluprost (pf)</i>	107	<i>testosterone enanthate</i>	85
STRIVERDI RESPIMAT	74	TAGRISSE.....	19	TETANUS,DIPHThERIA	
<i>subvenite</i>	144	TALVEY.....	19	TOX PED(PF).....	104
<i>sucralfate</i>	81	TALZENNA.....	19	<i>tetrabenazine</i>	69
<i>sulfacetamide sodium</i>	109, 110	<i>tamoxifen</i>	19	<i>tetracycline</i>	129
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	110	<i>tamsulosin</i>	84	TEVIMBRA.....	19
<i>sulfadiazine</i>	128	<i>tarina 24 fe</i>	137	THALOMID.....	114
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> ..	128	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	137	<i>theophylline</i>	74
<i>sulfasalazine</i>	62	<i>taron-c dha</i>	225	THINPRO INSULIN	
<i>sulindac</i>	116	<i>taron-prex prenatal-dha</i>	225	SYRINGE.....	200, 201
<i>sumatriptan</i>	35	TASIGNA.....	19	<i>thioridazine</i>	47
<i>sumatriptan succinate</i>	35, 36	TAVNEOS.....	98	<i>thiothixene</i>	47
<i>sunitinib malate</i>	18	<i>tazarotene</i>	80	<i>tiadylt er</i>	52
SUNLENCA.....	157	<i>tazicef</i>	124	<i>tiagabine</i>	144
SURE COMFORT ALCOHOL		<i>taztia xt</i>	52	TIBSOVO.....	19
PREP PADS.....	197	TAZVERIK.....	19	<i>ticagrelor</i>	219
SURE COMFORT INS. SYR.		TDVAX.....	104	TICE BCG.....	19
U-100.....	196	TECHLITE INSULIN		TICOVAC.....	105
SURE COMFORT INSULIN		SYRINGE.....	199	<i>tigecycline</i>	129
SYRINGE.....	197	TECHLITE INSULN		<i>tilia fe</i>	138
SURE COMFORT PEN		SYR(HALF UNIT).....	198, 199	<i>timolol</i>	107
NEEDLE.....	197, 198	TECHLITE PEN NEEDLE		<i>timolol maleate</i>	51, 107
SURE COMFORT SAFETY			199, 200	<i>tinidazole</i>	38
PEN NEEDLE.....	196	TECHLITE PLUS PEN		<i>tiotropium bromide</i>	74
SURE-FINE PEN NEEDLES..	198	NEEDLE.....	200	TIVDAK.....	20

TIVICAY	157	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	33	TRUE COMFORT PEN NEEDLE	202, 203
TIVICAY PD	158	TRESIBA U-100 INSULIN	33	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	203
<i>tizanidine</i>	222	<i>tretinoin</i>	80	TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE	201, 203
TOBI PODHALER	121	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	20	TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG	202, 203
<i>tobramycin</i>	110	<i>tri femynor</i>	138	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	201, 202
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	121	<i>triamcinolone acetonide</i>	75, 77, 78, 88	TRUEPLUS INSULIN	204
<i>tobramycin sulfate</i>	121	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	59	TRUEPLUS PEN NEEDLE	203, 204
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	110	<i>triazolam</i>	26	TRULICITY	30
<i>tolterodine</i>	84	<i>trientine</i>	120	TRUMENBA	105
<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>	59	<i>tri-estarylla</i>	138	TRUQAP	20
TOPCARE CLICKFINE	201	<i>trifluoperazine</i>	47	TRUXIMA	20
TOPCARE ULTRA COMFORT	201	<i>trifluridine</i>	110	TUKYSA	20
<i>topiramate</i>	144	<i>trihexyphenidyl</i>	40	TURALIO	20
<i>toposar</i>	20	TRIJARDY XR	29, 30	<i>turqoz (28)</i>	139
<i>toremifene</i>	20	<i>tri-legest fe</i>	138	TWINRIX (PF)	105
<i>torpenz</i>	20	<i>tri-linyah</i>	138	TYBOST	114
<i>torse mide</i>	59	<i>tri-lo-estarylla</i>	138	TYENNE	98
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	32	<i>tri-lo-marzia</i>	138	TYENNE AUTOINJECTOR	98
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	32	<i>tri-lo-mili</i>	138	TYMLOS	63
TRADJENTA	29	<i>tri-lo-sprintec</i>	138	TYPHIM VI	105
<i>tramadol</i>	119	<i>trimethoprim</i>	122	UBRELVY	36
<i>tramadol-acetaminophen</i>	119	<i>tri-mili</i>	138	ULTICARE	205, 206
<i>trandolapril</i>	61	<i>trimipramine</i>	149	ULTICARE INSULIN SYRINGE	205
<i>trandolapril-verapamil</i>	61	TRINTELLIX	149	ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT)	205
<i>tranexamic acid</i>	217	<i>tri-nymyo</i>	138	ULTICARE PEN NEEDLE	205, 206
<i>tranylcypromine</i>	149	<i>tri-previfem (28)</i>	138	ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE	206
<i>travoprost</i>	107	<i>tri-sprintec (28)</i>	138	ULTIGUARD SAFE PACK-INSULIN SYR	206, 207
TRAZIMERA	20	TRIUMEQ	158	ULTIGUARD SAFE PACK-PEN NEEDLE	207
<i>trazodone</i>	149	TRIUMEQ PD	158	ULTILET ALCOHOL SWAB	207
TRECATOR	152	<i>triveen-duo dha</i>	225		
TRELEGY ELLIPTA	74	<i>trivora (28)</i>	138		
TRELSTAR	20	<i>tri-vylibra</i>	139		
TREMFYA	98	<i>tri-vylibra lo</i>	138		
TREMFYA PEN	98	TRIZIVIR	158		
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN	98	TROGARZO	158		
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	33	<i>trosipium</i>	84, 85		
		TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	202		
		TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	202		

ULTILET INSULIN SYRINGE	UNIFINE SAFECONTROL	VERQUVO	54
..... 184, 207	PEN NEEDLE	VERSACLOZ	48
ULTILET PEN NEEDLE .207, 208	UNIFINE ULTRA PEN	VERSALON	215
ULTRA CMFT INS SYR	NEEDLE	VERZENIO	21
(HALF UNIT).....182, 196	UPTRAVI..... 114, 115	V-GO 20.....	215
ULTRA COMFORT INSULIN	<i>ursodiol</i>	V-GO 30.....	215
SYRINGE..... 175, 182, 208	UZEDY	V-GO 40.....	215
ULTRA FLO INSUL	<i>valacyclovir</i>	<i>vienva</i>	139
SYR(HALF UNIT).....208	VALCHLOR..... 79	<i>vigabatrín</i>	145
ULTRA FLO INSULIN	<i>valganciclovir</i>	<i>vigadrone</i>	145
SYRINGE.....209	<i>valproate sodium</i>	<i>vigpoder</i>	145
ULTRA FLO PEN NEEDLE	<i>valproic acid</i>	<i>vilazodone</i>	149
..... 208, 209	<i>valproic acid (as sodium salt)</i> ..	VIMKUNYA.....	105
ULTRA THIN PEN NEEDLE .209	<i>valsartan</i>	<i>vinorelbine</i>	21
ULTRACARE INSULIN	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	<i>violele (28)</i>	139
SYRINGE.....209, 210	VALTOCO..... 145	VIRACEPT	158
ULTRACARE PEN NEEDLE .210	<i>valtya</i>	VIREAD	158
ULTRA-FINE INS SYR	<i>vancomycin</i>	<i>virt-c dha</i>	225
(HALF UNIT).....210	VANFLYTA.....20	<i>virt-nate dha</i>	226
ULTRA-FINE INSULIN	VANISHPOINT INSULIN	<i>virt-pn dha</i>	226
SYRINGE.....210, 211	SYRINGE.....214	<i>virt-pn plus</i>	226
ULTRA-FINE PEN NEEDLE	VANISHPOINT SYRINGE.....214	<i>vitafol gummies</i>	226
..... 210, 211	VAQTA (PF)..... 105	<i>vitafol nano</i>	226
ULTRA-THIN II (SHORT)	<i>varenicline tartrate</i>	<i>vitafol-ob+dha</i>	226
INS SYR.....211	VARIVAX (PF).....105	VITRAKVI.....	21
ULTRA-THIN II (SHORT)	VAXCHORA VACCINE.....105	VIVIMUSTA.....	21
PEN NDL..... 212	VEGZELMA..... 20	VIVOTIF.....	106
ULTRA-THIN II INS PEN	VELTASSA.....82	VIZIMPRO	21
NEEDLES..... 212	VEMLIDY	VOCABRIA.....	158
ULTRA-THIN II INSULIN	VENCLEXTA..... 21	<i>volnea (28)</i>	139
SYRINGE.....211	VENCLEXTA STARTING	VONJO.....	21
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 212	PACK..... 21	VORANIGO	21
UNIFINE PEN NEEDLE..... 212	<i>venlafaxine</i>	<i>voriconazole</i>	151
UNIFINE PENTIPS..... 192, 212	VEOZAH.....114	VOSEVI.....	159
UNIFINE PENTIPS	<i>verapamil</i>	VOWST.....	114
MAXFLOW	52, 53	<i>vp-ch-pnv</i>	226
UNIFINE PENTIPS PLUS	VERIFINE INSULIN	<i>vp-pnv-dha</i>	226
..... 212, 213	SYRINGE.....214, 215	VRAYLAR.....	48
UNIFINE PENTIPS PLUS	VERIFINE PEN NEEDLE.....214	VUMERITY	69
MAXFLOW.....212	VERIFINE PLUS PEN	VYALEV.....	40
UNIFINE PROTECT	NEEDLE.....215	<i>vylibra</i>	139
213	VERIFINE PLUS PEN	VYLOY	21
	NEEDLE-SHARP		
	215		

VYZULTA.....	107	<i>zafirlukast</i>	72
<i>warfarin</i>	218	<i>zaleplon</i>	64
WEBCOL.....	215	<i>zatean-pn dha</i>	226
WELIREG.....	21	<i>zatean-pn plus</i>	226
WINREVAIR.....	70	ZEGALOGUE	
<i>wixela inhub</i>	72	AUTOINJECTOR.....	114
XALKORI.....	22	ZEGALOGUE SYRINGE.....	114
<i>xarah fe</i>	139	ZEJULA.....	23
XARELTO.....	218, 219	ZELBORAF.....	23
XARELTO DVT-PE TREAT		<i>zenatane</i>	79
30D START.....	218	ZENPEP.....	222
XATMEP.....	22	<i>zidovudine</i>	158
XCOPRI.....	145	ZIIHERA.....	23
XCOPRI MAINTENANCE		<i>zingiber</i>	226
PACK.....	145	<i>ziprasidone hcl</i>	48
XCOPRI TITRATION PACK..	145	<i>ziprasidone mesylate</i>	48
XDEMVI.....	110	ZIRABEV.....	23
XELJANZ.....	98	ZIRGAN.....	110
XELJANZ XR.....	98	ZOLADEX.....	23
XERMELO.....	82	ZOLINZA.....	23
XGEVA.....	64	<i>zolpidem</i>	64
XIFAXAN.....	122	ZONISADE.....	145
XIGDUO XR.....	30	<i>zonisamide</i>	145, 146
XIIDRA.....	112	<i>zovia 1/35e (28)</i>	139
XOLAIR.....	71	<i>zovia 1-35 (28)</i>	139
XOSPATA.....	22	ZTALMY.....	146
XPOVIO.....	22	ZTLIDO.....	120
XTANDI.....	22	ZURZUVAE.....	149
<i>xulane</i>	139	ZYDELIG.....	23
XULTOPHY 100/3.6.....	33	ZYKADIA.....	23
XYOSTED.....	86	ZYLET.....	110
YERVOY.....	23	ZYNLONTA.....	23
YESINTEK.....	99	ZYNYZ.....	23
YF-VAX (PF).....	106	ZYPREXA RELPREVV.....	48
YONSA.....	23		
YUFLYMA(CF).....	99		
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-			
UC-HS.....	99		
YUFLYMA(CF)			
AUTOINJECTOR.....	99		
<i>yuvaferm</i>	87		
<i>zafemy</i>	139		