



Lista de medicamentos aprobados del 2025

(lista de medicamentos cubiertos)

LEA ESTO: EL PRESENTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Identificación de la lista de medicamentos aprobados 00025204, versión 20

No hemos realizado cambios en esta lista de medicamentos aprobados desde el 01/12/2025.

Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro de Clever Care Health Plan al **1-833-388-8168 (TTY: 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., del 1.º de abril al 30 de septiembre, los días de la semana, o visite es.clevercarehealthplan.com/formulary.

Nota para miembros existentes: Esta lista de medicamentos aprobados ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta lista de medicamentos aprobados se refiere a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Clever Care Health Plan. Cuando se refiere a “plan,” “nuestro plan,” o “su plan,” significa Clever Care Longevity (HMO), Clever Care Value (HMO), o Clever Care Total+ (HMO C-SNP).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (lista de medicamentos aprobados) de nuestro plan que está actualizada a partir del 01/12/2025. Para obtener una lista de medicamentos aprobados actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la lista de medicamentos aprobados, aparece en la portada y contraportada.

Por lo general, debe usar farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, la lista de medicamentos aprobados, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero del 2025 y de vez en cuando en el transcurso del año.

¿Qué es el formulario de Clever Care?

En este documento, utilizamos los términos Lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Clever Care en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Nosotros generalmente cubriremos los medicamentos que figuran en nuestra lista de medicamentos aprobados, siempre que el medicamento sea necesario desde el punto de vista médico, que la receta se surta en una farmacia de la red de Clever Care y que se cumplan las demás reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de Cobertura.

¿La lista de medicamentos aprobados puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos en la Lista de medicamentos durante el año, trasladarlos a diferentes niveles de participación en los costos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: es.clevercarehealthplan.com/formulario.

Cambios que le pueden afectar este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año.

- **Sustituciones inmediatas de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo sustituimos por una nueva versión determinada de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas restricciones o menos. Cuando añadimos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero cambiarlo inmediatamente a un nivel de coste compartido diferente o añadir nuevas restricciones.

Sólo podemos hacer estos cambios inmediatos si estamos añadiendo una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o añadiendo ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original, que ya estaba en el formulario (por ejemplo, añadiendo un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una nueva receta).

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

Si hacemos un cambio de este tipo, usted o la persona que le receta el medicamento pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo para usted el medicamento que se está cambiando. Para más información, consulte el apartado "¿Cómo solicito una excepción al Formulario Clever Care?"

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para más información, consulte la sección titulada "¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación tienen con los biosimilares?"

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestra lista de medicamentos aprobados no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, inmediatamente lo eliminaremos de nuestra lista de medicamentos aprobados y notificaremos a los miembros que usan el medicamento.

Otros cambios.

- Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos añadir un nuevo medicamento genérico para sustituir a un medicamento de marca actualmente en el formulario, o añadir un nuevo biosimilar para sustituir a un producto biológico original actualmente en el formulario, o añadir nuevas restricciones o mover un

medicamento que mantenemos en el formulario a un nivel de costo compartido más alto, o ambas cosas, después de añadir un medicamento correspondiente. Podemos retirar un medicamento de marca del formulario al añadir un equivalente genérico o retirar un producto biológico original al añadir un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o trasladarlo a un nivel diferente de participación en los gastos, o ambas cosas. Podemos hacer cambios basados en nuevas directivas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, añadimos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, o trasladamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor. Como alternativa, cuando un miembro solicita una recarga del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y la notificación del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción en su caso y sigamos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le enviemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección siguiente titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario Clever Care?”

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento.

Por lo general, si usted toma un medicamento de nuestra lista de medicamentos aprobados del 2025 que estaba cubierto a principios del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025, excepto como se describió anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con la misma participación en los costos y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, tales cambios le afectarán y es importante que consulte la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios para ver si existen cambios en los medicamentos.

La lista de medicamentos aprobados adjunta está vigente a partir del 01/12/2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Clever Care, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de portada y contraportada. En caso de que se produzca un cambio en la lista de medicamentos aprobados a mitad de año que no sea de mantenimiento, publicamos todos los avisos en nuestro sitio web y le enviaremos un aviso 30 días antes de que entre en vigencia el cambio.

¿Cómo utilizo la lista de medicamentos aprobados?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en la lista de medicamentos aprobados:

Afección médica

La lista de medicamentos aprobados comienza en la página 3. Los medicamentos en esta lista de medicamentos aprobados están agrupados en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se usan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar una afección cardíaca se enumeran en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 1. El índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este

documento. El índice incluye los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información de 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?

Cubrimos tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA por tener el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los de marca. Existen sustitutos genéricos de muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos suelen poder sustituirse por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación tienen con los biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un fármaco o de un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Para más información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5 “La ‘Lista de medicamentos’ indica qué medicamentos de la de la Parte D están cubiertos”.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

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

Autorización previa: Requerimos que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que debe obtener la aprobación de nosotros antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

Límites de cantidad: Para ciertos medicamentos, nosotros limitamos la cantidad del medicamento que cubrimos. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 12 comprimidos por receta para 30 días de rizatriptan (medicamento genérico de MAXALT). Esto puede ser adicional a un suministro estándar para un mes o tres meses.

Terapia de pasos: En algunos casos, nosotros requerimos que primero pruebe determinados 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 nosotros quizás no cubriremos el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces nosotros cubriremos el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional buscando en la lista de medicamentos aprobados que comienza en la página 3. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia de pasos.

También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la lista de medicamentos aprobados, aparece en la portada y contraportada.

Puede pedir que nosotros hagamos una excepción a estas restricciones o límites, o solicitar una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos aprobados de Clever Care?” en la página v para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC)?

Los medicamentos OTC son medicamentos sin receta médica que normalmente están cubiertos en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare. Nosotros pagamos por determinados medicamentos OTC.

Puede encontrar una lista de medicamentos OTC en es.clevercarehealthplan.com. Nosotros proporcionaremos estos medicamentos OTC sin costo alguno para usted. El costo para nosotros de estos medicamentos OTC no se tendrá en cuenta en sus costos totales de medicamentos de la Parte D.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en la lista de medicamentos aprobados?

Si su medicamento no está incluido en esta lista de medicamentos aprobados (lista de medicamentos cubiertos), debe comunicarse primero con el Servicio de Atención al Miembro y preguntar si su medicamento está cubierto. Para más información, póngase en contacto con nosotros. Nuestros datos de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, figuran en la portada y la contraportada.

Si se entera de que no cubrimos su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar al Servicio de Atención al Miembro una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Clever Care. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Clever Care.
- Puede pedir que nosotros hagamos una excepción y cubramos su medicamento. Consulte a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos aprobados de Clever Care?

Puede solicitar que nosotros hagamos una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestra lista de medicamentos aprobados. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto con un nivel de participación en los costos predeterminado, y usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento con un nivel de participación en los costos más bajo.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento de la lista de medicamentos aprobados con un nivel de participación en los costos más bajo a menos que este medicamento no se encuentra en el nivel de especialidad. Si se aprueba, se disminuirá el monto que debe pagar por el medicamento.
- Puede pedirnos que suspendamos las restricciones de cobertura o los límites de su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, nosotros limitamos la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, sólo aprobaremos su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor coste compartido o la aplicación de la restricción no fueran tan eficaces para usted y/o le provocaran efectos adversos.

Usted o su médico deben ponerse en contacto con nosotros para solicitar una excepción de nivel o de formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, la persona que le prescribe el medicamento deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración justificativa de su médico. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas para tomar una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su médico solicita una decisión rápida, debemos comunicarle nuestra decisión en un plazo máximo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración justificativa de su médico.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no figuran en nuestro formulario. O puede estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario pero tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con su médico para solicitar una decisión de cobertura que demuestre que cumple los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción adecuado para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días que sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos reabastecerla hasta un máximo de 100 días de medicación. Si no se aprueba la cobertura, después del primer suministro para 30 días, no pagaremos estos medicamentos, aunque haya sido miembro del plan menos de 90 días.

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

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta médica de Clever Care, revise su *Evidencia de cobertura* y otros materiales del plan. Si tiene preguntas sobre Clever Care, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la lista de medicamentos aprobados, aparece en la portada y contraportada.

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

Lista de medicamentos aprobados de Clever Care

La lista de medicamentos aprobados que comienza en la página 1 proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por nosotros. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página I-1. La primera columna del cuadro muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben en mayúscula (p. ej., JARDIANCE) y los medicamentos genéricos aparecen en cursiva minúscula (p. ej., *jasmiel*). La información contenida en la columna de Requisitos/Límites indica si Clever Care tiene requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

Leyenda

SÍMBOLO DE REQUISITOS	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
BvD	Parte B de Medicare vs. Parte D de Medicare	Algunos medicamentos pueden requerir la determinación de cobertura de la Parte B o Parte D, de acuerdo con las reglas de cobertura de Medicare.
CB	Beneficio limitado	Esta receta tiene un límite de beneficio limitado.
EX	Medicamento excluido	Este medicamento con receta médica no está normalmente cubierto en un Plan de medicamentos con receta médica de Medicare. El monto que paga cuando surte una receta para este medicamento no se tiene en cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para una cobertura contra catástrofes). Además, si actualmente recibe ayuda adicional para pagar sus recetas, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar por este medicamento.
BC	Brecha de cobertura	Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta médica en la brecha de cobertura. Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.
LA	Acceso limitado	Este medicamento con receta médica puede estar disponible solamente en algunas farmacias. Para más información, consulte su Directorio de Farmacias o llame al Servicio de Atención al Miembro de Clever Care al 1-833-388-8168 (TTY:711) o visite es.clevercarehealthplan.com .
NDS	Suministro de días no extendidos	Este medicamento solo se puede obtener por un suministro de un mes o menos.
NSO	Solo nuevo comienzo	Si no ha tomado este medicamento antes, usted o su médico están obligados a obtener autorización previa.
AP	Autorización previa	La cobertura de esta receta requiere autorización previa.
LC	Límite de cantidad	Este medicamento tiene un límite de cantidad de dosificación o prescripción. Los límites máximos de dosis diarias son definidos por la FDA.
TP	Terapia de pasos	La cobertura de esta receta se proporciona cuando se han probado otras terapias farmacológicas de primera línea o preferidas.

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	23
Agentes Antiansiedad	25
Agentes Antidemencia	26
Agentes Antidiabetico	27
Agentes Antigota	33
Agentes Antimigraña	34
Agentes Antinausea	35
Agentes Antiparasitarios	36
Agentes Antiparkinson	38
Agentes Antipsicóticos	40
Agentes Calóricos	47
Agentes Cardiovasculares	48
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	61
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	62
Agentes De Trastorno De Sueño	64
Agentes Del Sistema Nervioso Central	64
Agentes Del Tracto Respiratorio	70
Agentes Dentales Y Orales	75
Agentes Dermatológicos	76
Agentes Gastrointestinales	81
Agentes Genitourinarios	86
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	87
Agentes Inmunológicos	93
Agentes Oftálmicos	107
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	109
Agentes Terapeuticos Misceláneos	113
Agentes Vasodilatadores	116
Analgésicos	117
Anestésicos	122
Antagonistas De Metales Pesados	123
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	123
Antibacterianos	123
Anticonceptivos	132
Anticonvulsivos	143
Antidepresivos	149
Antifúngicos	152
Antihistamínicos	155

Antimicobacteriales.....	155
Antivirales (Sitémico).....	156
Cofactores Enzimáticos/Otros.....	163
Dispositivos.....	163
Preparaciones De Reemplazo.....	211
Productos Para La Tos Y Resfriado.....	212
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	213
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	216
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	218
Vitaminas Y Minerales.....	218

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i> (Abirtega)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i> (Zytiga)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i> (abiraterone)	2	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i> (fluorouracil)	2	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)	5	PA NSO; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML	5	PA NSO; NDS; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG	5	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA NSO; 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>	2	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg</i>	4	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i> (Velcade)	4	PA NSO
BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
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 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>carboplatin intravenous solution 10 mg/ml</i> (Kyxata)	2	
<i>cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml</i>	2	PA BvD
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)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml</i> (Frindovyx)	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML	5	PA NSO; NDS
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; LA; NDS
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i> (Phyrago)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i> (Phyrago)	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA NSO; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i>	5	NDS
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Caelyx)	5	PA BvD; NDS
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	PA NSO; NDS

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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>	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	2	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG (flutamide)	5	NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	2	
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
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	3	PA BvD
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	2	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	2	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin)	2	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; 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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg</i>	2	PA BvD
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml)</i> (Avgemsi)	2	PA BvD
<i>gemcitabine intravenous solution 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	2	PA BvD
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 (lomustine) MG	4	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 (lomustine) MG, 40 MG	5	NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
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)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>	2	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	5	PA NSO; NDS
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (280 per 28 days)
INLEXZO INTRAVESICAL IMPLANT 225 MG	5	PA BvD; NDS
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml</i> (Camptosar)	2	
<i>irinotecan intravenous solution 500 mg/25 ml</i>	2	
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)
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
KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML	5	PA NSO; NDS
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (600 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 7.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (390 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	5	PA NSO; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	2	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NDS
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i> (Lutrate Depot (3 month))	4	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	2	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA NSO; 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)
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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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>	2	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i> (Purixan)	5	NDS

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	2	
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>	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)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	5	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	5	PA NSO; NDS
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NDS
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>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i>	2	PA BvD
<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)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	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>	5	NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
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)

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	5	PA NSO; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (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)
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML	5	PA NSO; NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
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)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	2	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NDS
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	4	PA NSO
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	5	NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NDS

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>vincasar pfs intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i> (vincristine)	2	PA BvD
<i>vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i> (Vincasar PFS)	2	PA BvD
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
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 significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina viii.

12/01/2025

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)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	2	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	2	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	2	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	2	
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	4	
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	4	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Chantix)	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antiansiedad		
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Xanax XR)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 3 mg</i> (Xanax XR)	2	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	2	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	2	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (diazepam)	2	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	QL (120 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 1 mg</i>	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 2 mg</i>	2	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 15 mg</i>	2	NDS; QL (60 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>flurazepam oral capsule 30 mg</i>	2	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i> (Lorazepam Intensol)	2	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i> (Ativan)	1	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i> (Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> (Ativan)	4	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i> (lorazepam)	2	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 22.5 mg</i> (Restoril)	2	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i> (Restoril)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i> (Halcion)	2	NDS; QL (60 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i> (Aricept)	2	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	2	
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	2	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg</i>	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 7 mg</i> (Namenda XR)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>memantine-donepezil oral capsule,sprinkle,er 24hr 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg</i> (Namzaric)	2	ST; QL (30 per 30 days)
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	4	ST
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 7-10 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	2	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> (Exelon Patch)	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)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> (Riomet)	2	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 750 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet</i> (Actoplus MET) <i>15-850 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	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)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	5	PA; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	5	PA; NDS; QL (10.8 per 28 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)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - 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)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i> (Novolog Mix 70- 30FlexPen U-100)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i> (Novolog Mix 70-30 U- 100 Insuln)	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i> (Novolog PenFill U-100 Insulin)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i> (Novolog FlexPen U- 100 Insulin)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i> (Novolog U-100 Insulin aspart)	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i> (Semglee(insulin glarg- yfgn)Pen)	3	max \$35 copay per month supply
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i> (Semglee(insulin glargine-yfgn))	3	max \$35 copay per month supply
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine)	3	max \$35 copay per month supply
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glargine)	3	max \$35 copay per month supply
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

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

12/01/2025

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
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine u-300 conc)	3	max \$35 copay per month supply
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML) (insulin glargine u-300 conc)	3	max \$35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin degludec)	3	max \$35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin degludec)	3	max \$35 copay per month supply

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>	1	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5- 250 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5- 500 mg, 5-500 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	1	
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25- 250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i> (Zyloprim)	1	
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i> (Mitigare)	2	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcrys)	2	QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	2	
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	3	PA; QL (1 per 30 days)
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non- aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	5	ST; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	3	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	2	QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 75 MG	3	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	2	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	2	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	2	QL (18 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	2	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, suv</i> (Imitrex STATdose Pen)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	2	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	2	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	2	QL (5 per 28 days)
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i> (Treximet)	2	QL (9 per 27 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Zomig)	2	QL (12 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	2	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	2	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	2	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	2	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	2	PA; QL (60 per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	4	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	2	PA BvD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	1	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	1	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	2	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	2	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Phenergan)	2	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Promethegan)	2	
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (promethazine)	2	
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	2	QL (10 per 30 days)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>atovaquone-proguanil oral tablet</i> 250-100 mg (Malarone)	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet</i> 62.5-25 mg (Malarone Pediatric)	2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet</i> 250 mg, 500 mg	2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine oral tablet</i> 100 mg	2	QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet</i> 200 mg (Plaquenil)	2	QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet</i> 300 mg (Sovuna)	2	QL (60 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet</i> 400 mg	2	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet</i> 3 mg (Stromectol)	2	
<i>ivermectin oral tablet</i> 6 mg	2	
<i>mefloquine oral tablet</i> 250 mg	2	
<i>nitazoxanide oral tablet</i> 500 mg (Alinia)	5	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>pentamidine inhalation recon soln</i> 300 mg (Nebupent)	2	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln</i> 300 mg (Pentam)	2	
<i>praziquantel oral tablet</i> 600 mg (Biltricide)	2	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	4	
<i>pyrimethamine oral tablet</i> 25 mg (Daraprim)	5	PA; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule</i> 324 mg (Qualaquin)	2	PA
<i>tinidazole oral tablet</i> 250 mg, 500 mg	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge</i> (APOKYN) <i>10 mg/ml</i>	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
<i>benztropine oral tablet 2 mg</i>	2	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	2	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i> (Lodosyn)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	2	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	2	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	5	PA; NDS; QL (300 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	4	ST; QL (30 per 30 days)
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML	5	PA; NDS; QL (600 per 30 days)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG, 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	4	ST
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	2	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	2	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	2	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	2	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	5	PA; NDS; QL (560 per 28 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>	2	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	2	
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	2	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	2	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NDS; QL (1.6 per 14 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 mg/ml	2	
<i>chlorpromazine oral concentrate</i> 100 mg/ml, 30 mg/ml	2	
<i>chlorpromazine oral tablet</i> 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	2	
<i>clozapine oral tablet</i> 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Clozaril)	2	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i> 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	2	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i> 150 mg	2	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i> 200 mg	2	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100- 20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	5	ST; NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NDS; QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NDS; QL (1.5 per 21 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML	5	NDS; QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	5	NDS; QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NDS; QL (0.5 per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	4	ST
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	4	ST
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)	4	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	2	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NDS; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NDS; QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	2	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	2	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	5	NDS; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>olanzapine oral tablet 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa)	2	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	5	ST; NDS
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	2	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	2	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	5	NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vial outer 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	2	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel XR)	2	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	2	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 25 mg/2 ml</i> (Rykindo)	2	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i> (Rykindo)	5	NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	2	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	2	
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	2	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	2	
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML (risperidone microspheres)	5	NDS; QL (2 per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	5	NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	5	NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	5	NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	5	NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	5	NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Geodon)	2	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i> (Geodon)	2	QL (6 per 28 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	4	PA BvD

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous parenteral solution</i>	2	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	4	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	PA BvD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly</i> (Catapres-TTS-1) <i>0.1 mg/24 hr</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	2	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	2	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg</i> (Cardura)	1	
<i>doxazosin oral tablet 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>	2	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Pacerone)	2	
<i>amiodarone oral tablet 400 mg</i>	2	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i> (Norpace)	2	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	2	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	2	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	2	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	2	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	2	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	2	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	2	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	2	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	2	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	2	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	2	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	2	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	2	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage</i> (Tiadylt ER)	2	
<i>diltiazem 24hr er 420 mg cap</i> (Tiadylt ER)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 180 mg, 360 mg, 420 mg</i> (Tiadylt ER)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg</i> (Cardizem LA)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (Matzim LA)	2	
<i>dilt-xr oral capsule, ext. rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>taztia xt oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>tiadylt er oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	4	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	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)
DAWNZERA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; QL (0.8 per 28 days)
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	2	
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i> (Lanoxin)	2	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml</i> (Auvi-Q)	3	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i>	3	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	2	QL (4 per 30 days)
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Sajazir)	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>metirosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	5	NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant)	5	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML	4	QL (4 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	4	QL (4 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>	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> (Entresto)	2	QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	2	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	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	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>	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-hcthiiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i> (Exforge HCT)	2	
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML	4	ST; QL (300 per 30 days)
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	2	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL)	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i> (Caduet)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> (Caduet) 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	2	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg	2	
<i>atorvastatin oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg (Lipitor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet</i> 4 gram (Questran)	2	
<i>cholestyramine light oral powder in packet</i> 4 gram	2	
<i>colesevelam oral powder in packet</i> 3.75 gram (WelChol)	2	
<i>colesevelam oral tablet</i> 625 mg (WelChol)	2	
<i>colestipol oral packet</i> 5 gram	2	
<i>colestipol oral tablet</i> 1 gram (Colestid)	2	
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe oral tablet</i> 10 mg (Zetia)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i> 10-10 mg (Vytorin 10-10)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i> 10-20 mg (Vytorin 10-20)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i> 10-40 mg (Vytorin 10-40)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i> 10-80 mg (Vytorin 10-80)	2	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule</i> 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg	2	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet</i> 145 mg, 48 mg (Tricor)	2	
<i>fenofibrate oral tablet</i> 120 mg, 40 mg, 54 mg	2	
<i>fenofibrate oral tablet</i> 160 mg	1	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i>	2	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	2	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i> (Vascepa)	2	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i> (Vascepa)	2	QL (120 per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	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 500 mg</i> (Niacor)	2	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i> (niacin)	2	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	2	ST; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Livalo)	2	QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	1	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i>	2	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	3	ST; QL (7 per 28 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	3	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	3	ST; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	2	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	2	
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Jynarque)	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> (Jynarque)	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	1	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	2	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	2	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i> (Epaned)	2	ST; QL (1200 per 30 days)
<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	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	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>	2	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	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	
<i>ramipril oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	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)
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i> (CaroSpir)	2	ST; QL (600 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg</i> (Isordil)	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titrados)	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i> (BiDil)	2	
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (nitroglycerin)	2	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	2	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Lotronex)	2	
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	2	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	2	
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i> (Uceris)	2	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	5	ST; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	2	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i> (Pentasa)	2	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	2	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i> (Lialda)	2	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 800 mg</i>	2	
<i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i> (Rowasa)	2	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa)	2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	2	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	4	

Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica

Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica

<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	2	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	2	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	2	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</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)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	2	
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	2	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	5	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
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>	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)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel)	2	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i> (Actonel)	2	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet,delayed release (dr/ec) 35 mg</i> (Atelvia)	2	QL (4 per 28 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> (Bonsity)	5	PA; NDS; QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	5	PA; NDS; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NDS

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NDS; QL (150 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>tasimelteon oral capsule 20 mg</i> (Hetlioz)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i> (Ambien CR)	2	QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	2	
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Focalin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 15 mg</i> (Dexedrine Spansule)	2	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i> (Zenzedi)	2	QL (180 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zenzedi)	2	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i> (Zenzedi)	2	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i> (Zenzedi)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	2	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i> (Adderall XR)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Adderall)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg</i> (Tecfidera)	5	PA; 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)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	5	PA; NDS
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i> (Gilenya)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Glatopa)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Glatopa)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (glatiramer)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (glatiramer)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Intuniv ER)	2	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)-80 MG (21)	5	PA; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	2	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	2	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	2	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; 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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
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>metadate er oral tablet extended release 20 mg</i> (methylphenidate hcl)	2	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i> (Metadate CD)	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i> (Metadate CD)	2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 40 mg, 60 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 20 mg</i> (Ritalin LA)	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 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)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i> (Metadate ER)	2	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg (bx rating), 27 mg (bx rating), 54 mg (bx rating)</i>	2	QL (30 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i> (Concerta) <i>extended release 24hr 18 mg, 27 mg,</i> <i>54 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i> (Concerta) <i>extended release 24hr 36 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i> <i>extended release 24hr 36 mg (bx</i> <i>rating)</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i> (Relexxii) <i>extended release 24hr 72 mg</i>	2	QL (30 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>	2	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i> (Aubagio)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25</i> (Xenazine) <i>mg</i>	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>	2	PA BvD
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	5	NDS; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NDS
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	2	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
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)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 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>	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	2	QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	2	QL (30 per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50- 75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2)	5	PA; NDS; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>breyana inhalation hfa aerosol inhaler</i> (budesonide-formoterol) <i>160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	2	QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for</i> (Pulmicort) <i>nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa</i> (Breyna) <i>aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	2	QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa</i> <i>aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	2	QL (12 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	2	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	2	QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (Wixela Inhub)	2	QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (fluticasone propion-salmeterol)	2	QL (60 per 30 days)
Antileucotrinicos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i> (Singulair)	1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i> (Singulair)	2	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Accolate)	2	
Broncodilatadores		
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	3	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> (Ventolin HFA)	2	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	2	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	2	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	2	PA BvD
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>	2	PA BvD
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	2	PA BvD; QL (540 per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	4	QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION	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)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>		2	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>		2	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>		2	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>		2	
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i>	(Spiriva with HandiHaler)	2	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG		3	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales			
Agentes Dentales Y Orales			
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	(Evoxac)	2	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	(Periogard)	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	(fluoride (sodium))	1	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i>	(fluoride (sodium))	1	
<i>fluoride (sodium) dental gel 1.1 %</i>	(DentaGel)	1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	(PreviDent)	1	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	(chlorhexidine gluconate)	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	(Salagen (pilocarpine))	2	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	(fluoride (sodium))	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	(Denta 5000 Plus Sensitive)	1	
<i>triamcinolone acetanide dental paste 0.1 %</i>	(Kourzeq)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>ala-scalp topical lotion 2 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</i> (Luxiq)	2	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i> (Olux)	2	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i> (Clobex)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	2	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i> (Olux-E)	2	
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i> (Topicort)	2	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i> (Topicort)	2	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i> (Topicort)	2	
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.1 %</i> (Vanos)	2	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i> (Fluocinonide-E)	2	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	2	
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i>	2	QL (236 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	2	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	2	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	2	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	2	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	2	QL (100 per 30 days)
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	2	QL (100 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i> (Triderm)	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i> (Trianex)	2	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	2	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>acyclovir topical cream 5 %</i> (Zovirax)	2	QL (5 per 4 days)
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	2	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (AmLactin)	2	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac)	5	NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	2	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	2	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	2	QL (24 per 30 days)
ISOPROPYL ALCOHOL TOPICAL SWAB 70 %	1	
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	3	QL (5 per 5 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	5	NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	NDS; QL (60 per 28 days)
<i>penciclovir topical cream 1 %</i> (Denavir)	2	
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	2	
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
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> (isotretinoin)	2	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i> (Clindacin)	2	QL (100 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	2	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 % (1 % base) -5 %</i> (Neuac)	2	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i>	2	
<i>ery pads topical swab 2 %</i> (erythromycin with ethanol)	2	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	2	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	2	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i> (Benzamycin)	2	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	2	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	2	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i> (MetroLotion)	2	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	QL (220 per 30 days)
<i>neuac topical gel 1.2 % (1 % base) -5 %</i> (clindamycin-benzoyl peroxide)	1	
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	2	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	2	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i> (Klaron)	2	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	2	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	2	QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	2	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	4	PA
<i>tazarotene topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Tazorac)	2	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	2	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	2	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %</i> (Retin-A)	2	PA
<i>tretinoin topical gel 0.025 %</i> (Avita)	2	PA
<i>tretinoin topical gel 0.05 %</i> (Atralin)	2	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	2	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	(Acid Reducer (cimetidine))	2	
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>		2	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	(Acid Reducer (esomeprazole))	2	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	(Nexium)	2	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i>	(Nexium Packet)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	(Nexium Packet)	2	ST; QL (60 per 30 days)
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>		2	
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	(Acid Controller)	1	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	(Pepcid)	1	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i>	(Acid Reducer (lansoprazole))	2	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	(Prevacid)	2	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	(Cytotec)	2	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		2	
<i>nizatidine oral solution 150 mg/10 ml</i>		2	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram</i>	(Zegerid OTC)	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 40-1.1 mg-gram</i>		2	ST; QL (30 per 30 days)
<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)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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> (Carbaglu)	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>	2	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	2	
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5	PA; NDS
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<i>glycerol phenylbutyrate oral liquid 1.1 gram/ml</i> (Ravicti)	5	PA; NDS
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	2	
IQIRVO ORAL TABLET 80 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	2	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 per 30 days)
LIVDELZI ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	3	
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	2	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i> (Amitiza)	2	QL (60 per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i> (Amitiza)	2	QL (120 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML (glycerol phenylbutyrate)	5	PA; NDS
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	5	PA; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	5	PA; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; QL (11.2 per 28 days)
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl)	5	PA; NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram</i>	2	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	2	
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Reltone)	5	NDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>	2	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	2	
<i>lanthanum oral tablet, chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Fosrenol)	5	NDS
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	2	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	2	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	3	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	2	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	2	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	2	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (GaviLyte-G)	2	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i> (GaviLyte-N)	2	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	3	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	2	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	3	
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>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i> (Jalyn)	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, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i> (Thiola)	5	NDS
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	2	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG (mirabegron)	2	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Vesicare)	1	

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	(AndroGel)	2	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)</i>		2	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)</i>	(Vogelxo)	2	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>		2	PA; QL (180 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML		3	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos			
<i>abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	(estradiol-norethindrone acet)	1	
<i>abigale oral tablet 1-0.5 mg</i>	(estradiol-norethindrone acet)	2	
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	(estradiol-norethindrone acet)	2	
<i>dotti 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>	(estradiol)	2	QL (8 per 28 days)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG		3	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		1	
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	(Dotti)	2	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	(Climara)	2	QL (4 per 28 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	2	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml</i> (Delestrogen)	2	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 40 mg/ml</i>	2	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (Abigale Lo)	2	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i> (Abigale)	2	
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	4	QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>lyllana 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> (estradiol)	2	QL (8 per 28 days)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (Fyavolv)	2	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG (conjugated estrogens)	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
yuvafem vaginal tablet 10 mcg (estradiol)	2	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml	2	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	2	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml	1	
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg	2	
HEMADY ORAL TABLET 20 MG	4	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg (Cortef)	2	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml (Depo-Medrol)	2	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg (Medrol)	2	
methylprednisolone oral tablet 32 mg	2	
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg (Medrol (Pak))	1	
prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)	2	PA BvD
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml	2	PA BvD
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	2	PA BvD
prednisone oral solution 5 mg/5 ml	2	PA BvD
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	1	PA BvD
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)	2	
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml (Kenalog)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
CORTROPHIN GEL SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 UNIT/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
CORTROPHIN GEL SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	2	
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
EGRIFTA WR SUBCUTANEOUS KIT 11.6 MG	5	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED)	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA; NDS
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) (leuprolide acetate (3 month)) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	4	PA NSO
NORDITROPIN FLEXP 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</i> <i>1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) <i>100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	2	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; 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)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
SYNAREL NASAL SPRAY, NON- AEROSOL 2 MG/ML	5	PA; NDS
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	3	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i> (norethindrone acetate)	2	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	2	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Gallifrey)	2	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	2	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; 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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	PA; NDS
ASTAGRAF XL ORAL (tacrolimus) CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG	4	PA BvD
ASTAGRAF XL ORAL (tacrolimus) CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG	5	PA BvD; NDS
<i>auranofin oral capsule 3 mg</i> (Ridaura)	5	NDS
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	2	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	2	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	5	PA; NDS
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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) 250 mg/5 ml	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) 100 mg, 25 mg	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> 50 mg	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	2	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Sandimmune)	2	PA BvD
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC- HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS- UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral</i> (Zortress) <i>tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	PA BvD; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	5	PA BvD; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	5	PA BvD; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	5	PA BvD; NDS
<i>engraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	2	PA BvD
<i>engraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	2	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS- 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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML	5	PA; NDS
ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NDS
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NDS
<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 Intravenous)	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> (CellCept)	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i> (CellCept)	5	PA BvD; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i> (CellCept)	2	PA BvD

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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
ORENCIA (WITH MALTOSÉ) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	5	PA; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (19)	5	PA; NDS
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 75 MG	5	PA; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML (tacrolimus)	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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NDS
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG (auranofin)	5	NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NDS
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aekn) SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aekn) SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	5	PA; NDS
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 (ustekinumab) SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NDS

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
STELARA SUBCUTANEOUS (ustekinumab) SOLUTION 45 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS (ustekinumab) SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	5	PA; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	2	PA BvD
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	5	PA; NDS
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5	PA; NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NDS
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; NDS
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC- HS SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NDS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NDS
Vacunas		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	6	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	6	\$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	6	\$0 copay

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	6	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5- 8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	\$0 copay
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	6	
DENG VAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	6	QL (3 per 365 days)
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	6	PA BvD; \$0 copay
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	6	PA BvD; \$0 copay
ENGRIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	6	PA BvD; \$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	6	\$0 copay

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	6	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	6	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	6	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	6	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	6	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	6	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25- 58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	6	
IPOLE INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	6	\$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	6	\$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	6	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	6	\$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	6	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	6	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML	6	\$0 copay
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10-5 MCG	6	\$0 copay
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF- 20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	6	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	6	PA BvD; \$0 copay
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	6	\$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	6	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	6	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	6	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	6	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	6	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	6	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	6	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	6	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	6	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	6	\$0 copay
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	6	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	6	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	6	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	6	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	(typhoid vi polysacch vaccine)	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	6	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	6	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	6	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	6	\$0 copay

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	6	\$0 copay
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	6	\$0 copay
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	6	\$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT	6	\$0 copay
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	6	\$0 copay
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	2	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	2	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	2	QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops (Alphagan P) 0.1 %, 0.15 %</i>	2	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	2	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 % (Combigan)</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops, suspension 1 %</i> (Azopt)	2	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	2	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i> (Cosopt)	2	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i> (Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
LUMIGAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	
RHOPRESSA OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	3	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	3	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPTHALMIC (EYE) DROPS, SUSPENSION 1-0.2 %	3	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i> (Zioptan (PF))	2	QL (30 per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	2	
<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 OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	4	QL (5 per 30 days)

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

12/01/2025

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>	2	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Polycin)	2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	2	QL (3.5 per 4 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	2	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	2	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	2	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neo-Polycin HC)	2	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neo-Polycin)	2	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> (Maxitrol)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	(neomycin-bacitracin-poly-hc) 2	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(neomycin-bacitracin-polymyxin) 2	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Ocuflox) 2	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	2	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	(bacitracin-polymyxin b) 2	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops</i> 0.3 %	1	
<i>tobramycin-dexamethasone</i> <i>ophthalmic (eye) drops,suspension</i> 0.3-0.1 %	2	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops</i> 1 %	2	
XDEMVIY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	5	PA; NDS; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	3	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) (loteprednol etabonate) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	3	ST
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> (Prolensa) 0.07 %	2	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> (BromSite) 0.075 %	2	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> 0.09 %	2	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye)</i> (Restasis) <i>dropperette</i> 0.05 %	2	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> <i>ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 %	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i> <i>drops</i> 0.1 %	2	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops</i> (Durezol) 0.05 %	2	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	3	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol</i> 25 mcg (0.025 %)	2	QL (50 per 25 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i> (DermOtic Oil)	2	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i> (FML Liquifilm)	4	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i> (24 Hour Allergy Relief)	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	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
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	2	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i> (Allergy Nasal (mometasone))	2	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte)	4	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	3	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	2	
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (Astepro Allergy)	2	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i> (Bepreve)	2	ST
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	2	
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	2	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	2	QL (15 per 10 days)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %	3	QL (12 per 28 days)
<i>olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %</i>	2	QL (30.5 per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	2	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Advanced Eye Relief (olopatad))	2	
Agentes Terapeúticos		
Misceláneos		
Agentes Terapeúticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
ANDEMBRY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/1.2 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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA; NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	2	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	5	PA; NDS
EVRYSDI ORAL TABLET 5 MG	5	PA; NDS
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i> (Endari)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 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 100 mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i> (Carnitor)	2	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i> (Carnitor)	2	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i> (Mesnex)	5	NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i> (Rectiv)	2	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i> (Mestinon)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i> (Mestinon Timespan)	2	
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5 ML (160 MG/ML)	5	PA; NDS
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SYRINGE 128 MG/0.8 ML, 160 MG/ML	5	PA; NDS
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
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	
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML	5	PA; NDS
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML	5	PA; NDS

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	5	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	2	PA; QL (360 per 30 days)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Viagra)	6	EX; CB (6 EA per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (Cialis)	2	PA
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i> (Remodulin)	5	PA; NDS
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML)	5	PA; NDS
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i> (Flector)	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	2	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Arthritis Pain (diclofenac))	2	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	2	PA; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i> (Pennsaid)	5	PA; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	2	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	2	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i> (Nalfon)	2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i> (Lurbiro)	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 suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i> (IBU)	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i>	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	2	
<i>ketoprofen oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	2	
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	2	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg, 500 mg</i> (EC-Naprosyn)	2	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg</i>	2	
<i>piroxicam oral capsule 20 mg</i> (Feldene)	2	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	2	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5 ml cup inner 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	1	NDS; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	NDS; QL (4500 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>acetaminophen-codeine oral tablet</i> 300-15 mg, 300-30 mg		2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet</i> 300-60 mg		2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>ascomp with codeine oral capsule</i> 30-50-325-40 mg	(codeine-bitalbital-asa-caff)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch</i> weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour	(Butrans)	2	NDS; QL (4 per 28 days)
<i>bitalbital-acetaminop-caff-cod oral capsule</i> 50-300-40-30 mg, 50-325-40-30 mg		2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>bitalbital-acetaminophen oral tablet</i> 50-325 mg	(Tencon)	2	QL (180 per 30 days)
<i>bitalbital-acetaminophen-caff oral capsule</i> 50-300-40 mg	(Fioricet)	2	QL (180 per 30 days)
<i>bitalbital-acetaminophen-caff oral capsule</i> 50-325-40 mg		2	QL (180 per 30 days)
<i>bitalbital-acetaminophen-caff oral tablet</i> 50-325-40 mg		2	QL (180 per 30 days)
<i>bitalbital-aspirin-caffeine oral capsule</i> 50-325-40 mg		2	QL (180 per 30 days)
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol</i> 10 mg/ml		2	NDS; QL (5 per 28 days)
<i>codeine sulfate oral tablet</i> 15 mg, 60 mg		4	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>codeine sulfate oral tablet</i> 30 mg		2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>codeine-bitalbital-asa-caff oral capsule</i> 30-50-325-40 mg	(Ascomp with Codeine)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet</i> 10-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet</i> 2.5-325 mg, 5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet</i> 7.5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	2	NDS; QL (240 per 30 days)

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

12/01/2025

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>	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	2	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	2	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>fioricet oral capsule 50-300-40 mg</i> (butalbital-acetaminophen-caff)	2	QL (180 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>	2	NDS; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-300 mg, 5-325 mg</i>	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	2	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	2	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i> (Dilaudid)	2	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	2	PA; NDS; QL (180 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	NDS; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	4	NDS; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	2	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 60 mg</i> (MS Contin)	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	2	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tencon oral tablet 50-325 mg</i> (butalbital-acetaminophen)	2	QL (180 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	2	NDS; QL (300 per 30 days)
<i>zebutal oral capsule 50-325-40 mg</i> (butalbital-acetaminophen-caff)	2	QL (180 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>dermacinrx lidocan 5% patch outer</i> (lidocaine)	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	2	PA
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan)	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	2	PA; QL (240 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (lidocaine)	2	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	3	PA; QL (90 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	5	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu)	2	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Exjade)	2	PA
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i> (Ferriprox)	5	PA; NDS
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA; NDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	5	PA; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	2	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	2	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	2	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	5	PA; NDS; QL (235.2 per 28 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	2	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	2	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	2	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	5	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 inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i> (Bethkis)	5	PA BvD; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	2	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	2	
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i> (clindamycin palmitate hcl)	2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	2	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	5	NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg</i>	5	NDS
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	5	NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	2	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	2	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	2	QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	2	
SYNERCID INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	NDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	2	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	2	QL (112 per 14 days)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i> (Firvanq)	2	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	3	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	2	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	2	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	2	
<i>meropenem intravenous recon soln 2 gram</i>	4	
Cefalosporinas		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefactor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	2	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	2	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	2	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	2	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	2	
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	2	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	2	

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	2	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	5	NDS; QL (136 per 10 days)
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> (E.E.S. Granules)	2	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	2	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<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>	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i> (Augmentin XR)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	2	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	2	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	2	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	4	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	4	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	2	
<i>penicillin g potassium injection recon (Pfizerpen-G) soln 20 million unit</i>	2	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	2	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, (Cipro) 500 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	2	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	2	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, p/f, inner</i>	2	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> (Avelox in NaCl (iso-osmotic)) <i>intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i>	2	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	2	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i> (Morgidox)	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 150 mg, 20 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i> (Targadox)	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 200 mg</i> (Doryx)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxine NL)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg</i>	(Mondoxyne NL)	2	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>		2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i>	(Avidoxy)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i>	(Tygacil)	5	NDS
Anticonceptivos			
Anticonceptivos			
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	
<i>amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>		2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ashlyna oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estradiol)	2	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	
<i>daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estradiol)	2	QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Azurette (28))	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Apri)	2	
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	(Jasmiel (28))	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	(Syeda)	2	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	QL (1 per 28 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/35 (28))	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Valtya)	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(EluRyng)	2	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>gemmily oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
<i>kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG	4	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (Camrese Lo)	2	QL (91 per 84 days)
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg- 20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i> (Rosyrh)	2	QL (91 per 84 days)
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg- 30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (Amethia)	2	QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg- mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone- e.estradiol-iron)	2	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone- e.estradiol-iron)	2	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone- e.estradiol-iron)	2	
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (levonorg-eth estrad triphasic)	2	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i> (Balcoltra)	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Altavera (28))	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)</i> (Amethyst (28))	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Iclevia)	2	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Enpresse)	2	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG		3	
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>luizza oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>luteria (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>meleya oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>mili oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG	4	
<i>mono-lynh oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	3	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (Xulane)	2	QL (3 per 28 days)
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela 1.5/30 (21))	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela 1/20 (21))	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Gemmily)	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1-20 (28))	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1.5/30 (28))	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Tilia Fe)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(Tri-Lo-Estarylla)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(Tri-Estarylla)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(Estarylla)	2	
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>		2	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rosyrah oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG		4	
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28)		4	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>taysofy oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tri-lynh oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>valtya oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>		2	
<i>vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	
<i>vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	2	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	2	QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
<i>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-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)
<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	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carbamazepine oral tablet, chewable</i> 100 mg, 200 mg	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>	4	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	2	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	2	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	2	
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG	5	ST; 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> (carbamazepine)	2	
<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)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	2	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	2	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	2	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	2	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<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)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	2	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	2	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	2	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	2	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	2	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Blue))	2	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Orange))	2	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 50 mg (42) - 100 mg (14)</i> (Lamictal ODT Starter (Green))	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i> (Lamictal XR)	2	
<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> (Spritam)	2	ST
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	4	QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	2	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	2	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i> (Fycompa)	5	ST; 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>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG (phenytoin sodium extended)	4	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	2	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	2	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	2	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	2	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	2	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	2	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	2	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	2	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	5	ST; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	2	ST
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	5	ST; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA BvD; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 500 MG, 750 MG	4	ST
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG (levetiracetam)	4	ST
<i>subvite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	1	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg</i>	2	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i> (Eprontia)	2	ST
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	2	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	
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> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	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> (vigabatrin)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	3	QL (56 per 28 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	3	QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	3	
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	4	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	2	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	2	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	2	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	5	ST; NDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	2	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	2	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	2	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa)	1	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	1	QL (30 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	2	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	2	
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	2	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	2	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</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	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	2	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg (Remeron)</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg (Remeron SolTab)</i>	2	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	2	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg (Pamelor)</i>	1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml (Paxil)</i>	2	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg (Paxil)</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg (Paxil CR)</i>	2	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	2	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg (Nardil)</i>	2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml (Zoloft)</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	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>	1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amphotericin b injection recon soln</i> 50 mg	2	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution</i> 50 mg (AmBisome)	5	PA BvD; NDS
<i>ciclopirox topical cream</i> 0.77 % (Ciclodan)	2	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical gel</i> 0.77 %	2	
<i>ciclopirox topical shampoo</i> 1 %	2	
<i>ciclopirox topical solution</i> 8 % (Ciclodan)	2	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension</i> 0.77 % (Loprox (as olamine))	2	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche</i> 10 mg	2	
<i>clotrimazole topical cream</i> 1 % (Antifungal (clotrimazole))	2	
<i>clotrimazole topical solution</i> 1 % (Athlete's Foot (clotrimazole))	2	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i> 1-0.05 %	2	QL (90 per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion</i> 1-0.05 %	2	
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	5	PA; NDS
<i>econazole nitrate topical cream</i> 1 %	2	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback</i> 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution</i> 10 mg/ml	2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution</i> 40 mg/ml (Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral tablet</i> 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	2	
<i>flucytosine oral capsule</i> 250 mg, 500 mg (Ancobon)	5	NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension</i> 125 mg/5 ml	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg</i>	2	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	2	
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	5	PA; NDS
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i> (Extina)	2	ST; QL (100 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	2	
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	2	
NOXAFIL ORAL SUSP,DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG	5	PA; NDS
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	2	
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	2	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	2	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	2	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Noxafil)	5	PA; NDS

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	5	PA; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	5	PA BvD; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	5	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	2	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i> (Carbzah)	2	
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i> (Clemsza)	2	
<i>clemasz oral tablet 2.68 mg</i> (clemastine)	2	
<i>clemsza oral tablet 2.68 mg</i> (clemastine)	2	
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i> (Xyzal)	2	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	2	
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	2	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	2	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	2	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
Antivirales (Sistémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	2	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	2	
APREUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) (cabotegravir)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	2	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	2	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	5	NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	5	NDS; QL (24 per 365 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Apretude)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista)	5	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NDS
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	2	
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>	2	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	5	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg</i>	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> (Complera)	5	NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	4	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	5	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	5	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	
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>	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	2	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	2	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	2	QL (480 per 30 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	2	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	2	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	5	NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	2	QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 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
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	5	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>	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 (Viread) tablet 300 mg</i>	2	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50- 300 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	4	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300- 150-300 MG	5	NDS

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>	2	
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 (sofosbuvir-velpatasvir) MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 (ledipasvir-sofosbuvir) MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 PELLETS IN PACKET 120 MG, 20 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	2	
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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	2	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	2	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	2	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	5	NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	2	
Cofactores Enzimáticos/Otros		
Cofactores Enzimáticos/Otros		
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
Dispositivos		
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
1ST TIER UNIFINE PNTF 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTF 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
ALCOHOL 70% SWABS (Alcohol Pads)	1	PA; ST
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, (alcohol swabs) MEDICATED	1	PA; ST
ALCOHOL PREP SWABS (alcohol swabs) TOPICAL PADS, MEDICATED	1	PA; ST
ALCOHOL WIPES TOPICAL (alcohol swabs) PADS, MEDICATED	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" 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 (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" 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 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	PA; ST

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	PA; ST
AUTOSHIELD DUO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	PA; ST
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	2	PA; ST
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
BD INS SYR UF 0.3 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	2	PA; ST
BD INS SYR UF 0.5 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL u-100) SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
BD 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 LO-DOSE ULTRA-FINE (insulin syringe-needle SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	PA; ST

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	PA; ST
BD SINGLE USE SWAB (alcohol swabs)	1	PA; ST
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"		2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 4MM 31 GAUGE X 5/32" safety)	2	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	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 (pen needle, diabetic) 4MM 31 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS 2 (alcohol swabs) PLY,MEDIUM	1	PA; ST
CURITY GAUZE PADS 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE u-100) X 1/2"	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 (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	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 (insulin syringe-needle 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" 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 significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina viii.

12/01/2025

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 15/64"	(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 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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML (insulin syringe needleless)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST

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

12/01/2025

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
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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	(Ultilet 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
EXEL U100 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	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
GAUZE PADS 2"X2" STRL 2 X 2 "	(Bordered Gauze)	1	PA; ST
GNP CLICKFINE 31G X 1/4" NDL 6MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
GNP CLICKFINE 31G X 5/16" NDL 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
GNP SIMPLI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	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

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 PENTIP 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
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(UltiCare Insuln Syr(half unit))	2	PA; ST
INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN U-500 SYRINGE- 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
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 (alcohol swabs) PAD	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

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(CareFine Pen Needle)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(Advocate Pen Needle)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(Comfort EZ Pen Needles)	2	PA; ST
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 (insulin syringe-needle 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" 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 (Advocate Syringes) 31GX5/16" (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	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 (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
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)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PREFPLS INS SYR 1 ML 30GX5/16" (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	2	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G X (pen needle, diabetic) 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 5MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
PRODIGY INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	PA; ST
PRODIGY SYRNG 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	PA; ST
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"		2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort Touch Pen Needle)	2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"		2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"		2	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
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 significado de los símbolos y abreviaturas en esta tabla yendo al numero de pagina viii.

12/01/2025

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
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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE (insulin syringe-needle u-100) 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE (insulin syringe-needle u-100) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE (insulin syringe-needle u-100) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL (alcohol swabs) PREP PADS	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16"	2	PA; ST

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

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
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

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
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
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

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

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
V-GO 40 DEVICE		3	QL (30 per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	(alcohol swabs)	1	PA; ST
Preparaciones De Reemplazo			
Preparaciones De Reemplazo			
<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution</i>	(d5 % and 0.9 % sodium chloride)	2	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	(D5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr)	2	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>		2	
ISOLYTE S IV SOLUTION-EXCEL SINGLE USE		4	
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION		4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %		4	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	(potassium chloride)	2	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	(potassium chloride)	2	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	(potassium chloride)	2	
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>		4	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>		2	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	(electrolyte-a)	4	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>		2	PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>		2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i> (Klor-Con 10)	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq, 20 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i> (Klor-Con 8)	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10)	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	2	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	2	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	2	
Productos Para La Tos Y Resfriado		
Productos Para La Tos Y Resfriado		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	6	EX

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	2	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	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)
<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)

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>	2	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (warfarin)	1	
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml</i> (Xarelto)	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> (Jantoven)	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)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (rivaroxaban)	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (rivaroxaban)	3	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	2	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG (ticagrelor)	3	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	2	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i> (Brilinta)	2	
Modificadores De Formación De Sangre		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	5	PA; NDS
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg</i> (Promacta)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg</i> (Promacta)	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)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i> (Promacta)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
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)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	5	PA; NDS

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	5	PA; NDS

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	5	PA; NDS; QL (14 per 28 days)
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (sapropterin)	5	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Yargesa)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	5	PA; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	5	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NDS
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i> (Javygtor)	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
<i>yargesa oral capsule 100 mg</i> (miglustat)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)

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

12/01/2025

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>	2	
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	2	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	2	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	2	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	2	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	2	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg</i>	2	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution</i>	(Dodex)	6	EX
<i>dodex injection solution 1,000 mcg/ml</i>	(cyanocobalamin (vitamin b-12))	6	EX
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i>	(Vitamin D2)	6	EX
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>		6	EX
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>		2	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>		2	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>		2	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>		2	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>		2	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>		2	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>		2	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>		2	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>		2	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>		2	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>		2	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>		2	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>		2	
<i>o-cal prenatal oral tablet 15 mg iron-1,000 mcg</i>		2	
<i>pnv 29-1 oral tablet 29 mg iron- 1 mg</i>		2	
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>		2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	2	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	2	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	2	
<i>prenal true combo pack 30 mg iron-1.4 mg-300 mg</i>	2	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	2	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	2	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	2	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	2	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron,carb-folic) 2	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid) 2	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	2	
<i>preplus oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid) 2	
<i>pretab oral tablet 29-1 mg</i>	2	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	2	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	

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

12/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	2	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	2	
<i>virt-c dha oral capsule 35-1-200 mg</i>	2	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	2	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	
<i>virt-pn plus oral capsule 28-1-300 mg</i>	2	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	2	
<i>vitafol nano oral tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	2	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	2	
<i>vp-pnv-dha oral capsule 28 mg iron-1 mg-200 mg</i>	2	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	2	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	2	

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

12/01/2025

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

12/01/2025

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 163	ADVOCATE PEN NEEDLE	<i>amethyst</i> (28)..... 132
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	 164, 165	<i>amikacin</i>.....123
PLUS..... 163, 164	ADVOCATE SYRINGES.....164	<i>amiloride</i>.....58
<i>abacavir</i> 156	<i>afirmelle</i>.....132	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ...58
<i>abacavir-lamivudine</i>.....156	AIMOVIG AUTOINJECTOR... 34	<i>amiodarone</i>.....49
ABELCET..... 152	AIRSUPRA..... 72, 73	<i>amitriptyline</i> 149
<i>abigale</i> 88	AJOVY AUTOINJECTOR..... 34	<i>amitriptyline-chlordiazepoxide</i> ..149
<i>abigale lo</i> 88	AJOVY SYRINGE.....34	<i>amlodipine</i> 55
ABILIFY ASIMTUFII..... 40	AKEEGA.....3	<i>amlodipine-atorvastatin</i> 55, 56
ABILIFY MAINTENA..... 40	<i>ala-cort</i> 76	<i>amlodipine-benazepril</i>.....55
<i>abiraterone</i> 3	<i>ala-scalp</i> 76	<i>amlodipine-olmesartan</i>.....55
<i>abirtega</i>.....3	<i>albendazole</i>.....36	<i>amlodipine-valsartan</i>.....55
ABOUTTIME PEN NEEDLE..164	<i>albuterol sulfate</i>.....73	<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i> ..55
ABRYSVO (PF)..... 101	<i>alclometasone</i> 76	<i>ammonium lactate</i>.....79
<i>acamprosate</i>.....23	ALCOHOL PADS.....165	<i>amoxapine</i>.....149
<i>acarbose</i>.....27	ALCOHOL PREP PADS..... 185	<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz</i> ..81
<i>accutane</i>.....79	ALCOHOL PREP SWABS.....165	<i>amoxicillin</i> 128
<i>acebutolol</i> 50	ALCOHOL SWABS..... 165	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> 129
<i>acetaminophen-codeine</i> 118, 119	ALCOHOL WIPES..... 165	<i>amphotericin b</i>.....153
<i>acetazolamide</i> 107	ALECENSA..... 3	<i>amphotericin b liposome</i> 153
<i>acetazolamide sodium</i>.....107	<i>alendronate</i>.....62	<i>ampicillin</i>.....129
<i>acetic acid</i>.....109	<i>alfuzosin</i>.....86	<i>ampicillin sodium</i> 129
<i>acetylcysteine</i>.....70	<i>aliskiren</i> 60	<i>ampicillin-sulbactam</i> 129
<i>acitretin</i>.....79	<i>allopurinol</i> 33	<i>anagrelide</i>.....213
ACTEMRA.....93, 94	<i>aloseptron</i> 61	<i>anastrozole</i> 3
ACTEMRA ACTPEN..... 93	<i>alprazolam</i>.....25	ANDEMBRY
ACTHAR.....91	ALREX..... 111	AUTOINJECTOR..... 113
ACTHAR SELFJECT..... 91	<i>altavera</i> (28)..... 132	ANKTIVA.....3
ACTHIB (PF)..... 101	ALTRENO.....81	ANORO ELLIPTA.....74
ACTIMMUNE.....113	ALUNBRIG.....3	<i>apomorphine</i>.....38
<i>acyclovir</i> 79, 163	ALVAIZ..... 215	<i>apraclonidine</i>.....112
<i>acyclovir sodium</i>.....163	<i>alyacen 1/35</i> (28).....132	<i>aprepitant</i> 35
ADACEL(TDAP	<i>alyacen 7/7/7</i> (28).....132	APRETUDE..... 156
ADOLESN/ADULT)(PF)..... 101	ALYFTREK..... 70	<i>apri</i> 132
<i>adapalene</i>.....81	<i>alyq</i> 116	APTIVUS..... 156
<i>adefovir</i>.....163	<i>amabelz</i>.....88	AQINJECT PEN NEEDLE..... 165
ADEMPAS..... 116	<i>amantadine hcl</i> 38	<i>aranelle</i> (28)..... 132
<i>adrucil</i>.....3	<i>ambrisentan</i> 116	ARCALYST..... 94
ADVAIR HFA.....72	<i>amethia</i> 132	AREXVY (PF)..... 102

ARIKAYCE.....	123	AUVELITY.....	149	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	
<i>aripiprazole</i>	40	<i>aviane</i>	133	.....	167
ARISTADA.....	40, 41	AVMAPKI.....	3	BD ULTRA-FINE MICRO	
ARISTADA INITIO.....	40	AVMAPKI-FAKZYNJA.....	3	PEN NEEDLE.....	167
<i>armodafinil</i>	64	AVONEX.....	65	BD ULTRA-FINE MINI PEN	
ARNUITY ELLIPTA.....	72	AVSOLA.....	94	NEEDLE.....	167
<i>ascomp with codeine</i>	119	AXTLE.....	3	BD ULTRA-FINE NANO PEN	
<i>asenapine maleate</i>	41	<i>ayuna</i>	133	NEEDLE.....	167
<i>ashlyna</i>	133	AYVAKIT.....	4	BD ULTRA-FINE ORIG PEN	
<i>aspirin-dipyridamole</i>	214	<i>azacitidine</i>	4	NEEDLE.....	167
ASSURE ID DUO PRO SFTY		<i>azathioprine</i>	94	BD ULTRA-FINE SHORT	
PEN NDL.....	165	<i>azathioprine sodium</i>	94	PEN NEEDLE.....	168
ASSURE ID DUO-SHIELD....	165	<i>azelastine</i>	113	BD VEO INSULIN SYR	
ASSURE ID INSULIN		<i>azithromycin</i>	127, 128	(HALF UNIT).....	168
SAFETY.....	165, 166	<i>aztreonam</i>	125	BD VEO INSULIN SYRINGE	
ASSURE ID PEN NEEDLE....	165	<i>azurette (28)</i>	133	UF.....	168
ASSURE ID PRO PEN		<i>bacitracin</i>	109	BELSOMRA.....	64
NEEDLE.....	165	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	109	<i>benazepril</i>	59
ASTAGRAF XL.....	94	<i>baclofen</i>	218	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	59
<i>atazanavir</i>	156	<i>bal-care dha</i>	218	<i>bendamustine</i>	4
<i>atenolol</i>	50	<i>bal-care dha essential</i>	218	BENDAMUSTINE.....	4
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	50	<i>balsalazide</i>	61	BENDEKA.....	4
<i>atomoxetine</i>	64	BALVERSA.....	4	BENLYSTA.....	94
<i>atorvastatin</i>	56	<i>balziva (28)</i>	133	<i>benzonatate</i>	212
<i>atovaquone</i>	36	BAQSIMI.....	113	<i>benztropine</i>	38
<i>atovaquone-proguanil</i>	37	BCG VACCINE, LIVE (PF)....	102	<i>bepotastine besilate</i>	113
<i>atropine</i>	113	BD ALCOHOL SWABS.....	167	BESREMI.....	94
ATROVENT HFA.....	74	BD AUTOSHIELD DUO PEN		<i>betaine</i>	113
<i>aubra eq</i>	133	NEEDLE.....	166	<i>betamethasone dipropionate</i>	76
AUGTYRO.....	3	BD ECLIPSE LUER-LOK.....	166	<i>betamethasone valerate</i>	76
<i>auranofin</i>	94	BD INSULIN SYRINGE.....	166	<i>betamethasone, augmented</i>	76
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	133	BD INSULIN SYRINGE		BETASERON.....	65
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	133	(HALF UNIT).....	166	<i>betaxolol</i>	50, 107
<i>aurovela 24 fe</i>	133	BD INSULIN SYRINGE SLIP		<i>bethanechol chloride</i>	86
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	133	TIP.....	166	<i>bexarotene</i>	4
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	133	BD INSULIN SYRINGE		BEXSERO.....	102
AUSTEDO.....	64	ULTRA-FINE.....	166	<i>bicalutamide</i>	4
AUSTEDO XR.....	65	BD LO-DOSE ULTRA-FINE..	166	BICILLIN L-A.....	129
AUSTEDO XR TITRATION		BD NANO 2ND GEN PEN		BIKTARVY.....	156
KT(WK1-4).....	65	NEEDLE.....	167	<i>bimatoprost</i>	107
AUTOSHIELD DUO PEN		BD SAFETYGLIDE INSULIN		<i>bisoprolol fumarate</i>	50
NEEDLE.....	166	SYRINGE.....	167	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..	50

BIZENGRI.....	4	CABOMETYX.....	5	<i>cefpodoxime</i>	126, 127
<i>bleomycin</i>	4	<i>cabotegravir</i>	156, 157	<i>cefprozil</i>	127
<i>blisovi 24 fe</i>	133	<i>calcipotriene</i>	79	<i>ceftazidime</i>	127
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	133	<i>calcitonin (salmon)</i>	62	<i>ceftriaxone</i>	127
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	133	<i>calcitriol</i>	62	<i>cefuroxime axetil</i>	127
BOOSTRIX TDAP.....	102	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i> ..	85	<i>cefuroxime sodium</i>	127
BORDERED GAUZE.....	168	CALQUENCE.....	5	<i>celecoxib</i>	117
<i>bortezomib</i>	4	CALQUENCE		<i>cephalexin</i>	127
BORUZU.....	4	(ACALABRUTINIB MAL).....	5	CERDELGA.....	216
<i>bosentan</i>	116	<i>camila</i>	133	<i>cevimeline</i>	75
BOSULIF.....	4, 5	CAMZYOS.....	52	<i>chateal eq (28)</i>	133
BRAFTOVI.....	5	<i>candesartan</i>	53	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	25
BREO ELLIPTA.....	72	<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	54	<i>chlorhexidine gluconate</i>	75
<i>breyana</i>	72	CAPLYTA.....	41	<i>chloroquine phosphate</i>	37
BREZTRI AEROSPHERE.....	74	CAPRELSA.....	5	<i>chlorpromazine</i>	41
<i>briellyn</i>	133	<i>captopril</i>	59	<i>chlorthalidone</i>	58
BRILINTA.....	214	<i>carbamazepine</i>	143, 144	<i>chlorzoxazone</i>	218
<i>brimonidine</i>	107	<i>carbidopa</i>	38	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	56
<i>brimonidine-timolol</i>	107	<i>carbidopa-levodopa</i>	38	<i>cholestyramine light</i>	56
<i>brinzolamide</i>	108	<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>ciclopirox</i>	153
BRIVIACT.....	143	<i>entacapone</i>	38	<i>cilostazol</i>	214
<i>bromfenac</i>	111	<i>carbinoxamine maleate</i>	155	CIMDUO.....	157
<i>bromocriptine</i>	38	<i>carboplatin</i>	5	<i>cimetidine</i>	82
BRONCHITOL.....	70	CAREFINE PEN NEEDLE.....	168	<i>cimetidine hcl</i>	81
BRUKINSA.....	5	CARETOUCH ALCOHOL		CIMZIA.....	94
<i>budesonide</i>	61, 72	PREP PAD.....	168	CIMZIA POWDER FOR	
<i>budesonide-formoterol</i>	72	CARETOUCH INSULIN		RECONST.....	94
<i>bumetanide</i>	58	SYRINGE.....	169	<i>cinacalcet</i>	62
<i>buprenorphine</i>	119	CARETOUCH PEN NEEDLE		CINQAIR.....	70
<i>buprenorphine hcl</i>	24	.....	168, 169	CINRYZE.....	215
<i>buprenorphine-naloxone</i>	24	<i>carglumic acid</i>	83	<i>ciprofloxacin hcl</i>	109, 130
<i>bupropion hcl</i>	149	<i>carteolol</i>	108	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> ...	130
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> ...	24	<i>cartia xt</i>	51	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> ...	109
<i>buspirone</i>	114	<i>carvedilol</i>	50	<i>citalopram</i>	149
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i> ..	119	CAYSTON.....	125	<i>cladribine</i>	5
<i>butalbital-acetaminophen</i>	119	<i>cefaclor</i>	126	<i>clarithromycin</i>	128
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i> ..	119	<i>cefadroxil</i>	126	<i>clemastine</i>	155
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	119	<i>cefazolin</i>	126	<i>clemasz</i>	155
<i>butorphanol</i>	119	<i>cefdinir</i>	126	<i>clemsza</i>	155
CABENUVA.....	156	<i>cefepime</i>	126	CLENPIQ.....	85
<i>cabergoline</i>	38	<i>cefixime</i>	126		
CABLIVI.....	213	<i>cefoxitin</i>	126		

CLICKFINE PEN NEEDLE	<i>clorazepate dipotassium</i>	25	CURITY GAUZE	172
..... 169, 181	<i>clotrimazole</i>	153	<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i> 219	
<i>clindamycin hcl</i>	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	153	<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	134
<i>clindamycin pediatric</i>	<i>clozapine</i>	41	<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	134
<i>clindamycin phosphate</i> 80, 123, 124	<i>c-nate dha</i>	218	<i>cyclobenzaprine</i>	218
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	COARTEM	37	<i>cyclophosphamide</i>	6
CLINIMIX 5%/D15W	COBENFY	41	<i>cyclosporine</i>	95, 111
SULFITE FREE	COBENFY STARTER PACK	41	<i>cyclosporine modified</i>	95
CLINIMIX 4.25%/D10W	<i>codeine sulfate</i>	119	CYLTEZO(CF)	95
SULF FREE	<i>codeine-butalbital-asa-caff</i>	119	CYLTEZO(CF) PEN	95
CLINIMIX 4.25%/D5W	<i>colchicine</i>	33	CYLTEZO(CF) PEN	
SULFIT FREE	<i>colesevelam</i>	56	CROHN'S-UC-HS	95
CLINIMIX 5%-	<i>colestipol</i>	56	CYLTEZO(CF) PEN	
D20W(SULFITE-FREE)	<i>colistin (colistimethate na)</i>	124	PSORIASIS-UV	95
CLINIMIX 6%-D5W	COMBIVENT RESPIMAT	74	<i>ciproheptadine</i>	155
(SULFITE-FREE)	COMETRIQ	5	<i>cyred eq</i>	134
CLINIMIX 8%-	COMFORT EZ INSULIN		<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr</i>	
D10W(SULFITE-FREE)	SYRINGE	169, 170, 171	.....	211
CLINIMIX 8%-	COMFORT EZ PEN		<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>	
D14W(SULFITE-FREE)	NEEDLES	170	<i>chloride</i>	211
CLINIMIX E 2.75%/D5W	COMFORT EZ PRO SAFETY		<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> ..	211
SULF FREE	PEN NDL	171	<i>dabigatran etexilate</i>	213
CLINIMIX E 4.25%/D10W	COMFORT TOUCH PEN		<i>dalfampridine</i>	65
SUL FREE	NEEDLE	171, 172	<i>danazol</i>	87
CLINIMIX E 4.25%/D5W	<i>completenate</i>	218	<i>dantrolene</i>	218
SULF FREE	<i>compro</i>	35	DANYELZA	6
CLINIMIX E 5%/D15W	<i>constulose</i>	83	DANZITEN	6
SULFIT FREE	COPIKTRA	5	<i>dapsone</i>	155
CLINIMIX E 5%/D20W	CORLANOR	52	DAPTACEL (DTAP	
SULFIT FREE	CORTROPHIN GEL	91	PEDIATRIC) (PF)	102
CLINIMIX E 8%-D10W	COSENTYX	94, 114	<i>daptomycin</i>	124
SULFITEFREE	COSENTYX (2 SYRINGES)	94	<i>darunavir</i>	157
CLINIMIX E 8%-D14W	COSENTYX PEN (2 PENS)	94	DARZALEX	6
SULFITEFREE	COSENTYX UNOREADY		DARZALEX FASPRO	6
<i>clobazam</i>	PEN	95	<i>dasatinib</i>	6
<i>clobetasol</i>	COTELLIC	5	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	134
<i>clobetasol-emollient</i>	CREON	217	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	134
<i>clomipramine</i>	CRESEMBA	153	DATROWAY	6
<i>clonazepam</i>	<i>cromolyn</i>	70, 83, 113	DAURISMO	6
<i>clonidine</i>	<i>cryselle (28)</i>	133	DAWNZERA	52
<i>clonidine hcl</i>	CURAD GAUZE PAD	172	<i>daysee</i>	134
<i>clopidogrel</i>	CURITY ALCOHOL SWABS	172	<i>deblitane</i>	134

<i>decitabine</i>	6	<i>difluprednate</i>	111	DROPLET PEN NEEDLE	
<i>deferasirox</i>	123	<i>digoxin</i>	52, 53	.....	174, 175
<i>deferiprone</i>	123	<i>dihydroergotamine</i>	34	DROPSAFE ALCOHOL PREP	
DELSTRIGO.....	157	DILANTIN.....	144	PADS.....	175
<i>demeclocycline</i>	131	<i>diltiazem hcl</i>	51, 52	DROPSAFE INSULIN	
DENG VAXIA (PF).....	102	<i>dilt-xr</i>	52	SYRINGE.....	175
<i>denta 5000 plus</i>	75	<i>dimethyl fumarate</i>	66	DROPSAFE PEN NEEDLE	
<i>dentagel</i>	75	DIPENTUM.....	61	.....	175, 176
DEPO-SUBQ PROVERA 104... 93		<i>diphenoxylate-atropine</i>	83	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> ..	134
DERMACEA.....	172	<i>dipyridamole</i>	214	DROXIA.....	213
DERMACEA NON-WOVEN..	172	<i>disopyramide phosphate</i>	49	<i>droxidopa</i>	49
<i>dermacinrx lidocan</i>	122	<i>disulfiram</i>	24	DUAVEE.....	88
DESCOVY.....	157	<i>divalproex</i>	144	<i>duloxetine</i>	150
<i>desipramine</i>	150	<i>dodex</i>	219	DUPIXENT PEN.....	95
<i>desmopressin</i>	91	<i>dofetilide</i>	49	DUPIXENT SYRINGE.....	95
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	134	<i>dolishale</i>	134	<i>dutasteride</i>	86
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	134	<i>donepezil</i>	26	<i>dutasteride-tamsulosin</i>	86
<i>desonide</i>	77	DOPTELET (10 TAB PACK)..	215	EASY COMFORT ALCOHOL	
<i>desoximetasone</i>	77	DOPTELET (15 TAB PACK)..	215	PAD.....	177
<i>desvenlafaxine succinate</i>	150	DOPTELET (30 TAB PACK)..	215	EASY COMFORT INSULIN	
<i>dexamethasone</i>	90	DOPTELET SPRINKLE.....	215	SYRINGE.....	176, 177
<i>dexamethasone sodium</i>		<i>dorzolamide</i>	108	EASY COMFORT PEN	
<i>phosphate</i>	90, 111	<i>dorzolamide-timolol</i>	108	NEEDLES.....	177
<i>dexmethylphenidate</i>	65	<i>dotti</i>	88	EASY COMFORT SAFETY	
<i>dextroamphetamine sulfate</i> ...65, 66		DOVATO.....	157	PEN NEEDLE.....	176
<i>dextroamphetamine-</i>		<i>doxazosin</i>	49	EASY GLIDE INSULIN	
<i>amphetamine</i>	66	<i>doxepin</i>	150	SYRINGE.....	177, 178
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	48	<i>doxercalciferol</i>	63	EASY GLIDE PEN NEEDLE..	178
DIACOMIT.....	144	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	6	EASY TOUCH.....	179, 180
<i>diazepam</i>	25, 144	<i>doxy-100</i>	131	EASY TOUCH ALCOHOL	
<i>diazepam intensol</i>	25	<i>doxycycline hyclate</i>	131	PREP PADS.....	178
<i>diazoxide</i>	114	<i>doxycycline monohydrate</i> ..	131, 132	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>diclofenac epolamine</i>	117	DRIZALMA SPRINKLE.....	150	INSULIN.....	179
<i>diclofenac potassium</i>	117	<i>dronabinol</i>	36	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>diclofenac sodium</i>	111, 117	DROPLET INSULIN		SYRINGE.....	178
<i>diclofenac-misoprostol</i>	117	SYR(HALF UNIT).....	172, 173	EASY TOUCH INSULIN	
<i>dicloxacillin</i>	129	DROPLET INSULIN		SAFETY SYR.....	178
<i>dicyclomine</i>	83	SYRINGE.....	173, 174	EASY TOUCH INSULIN	
<i>didanosine</i>	157	DROPLET MICRON PEN		SYRINGE.....	178, 179, 180
DIFICID.....	128	NEEDLE.....	174	EASY TOUCH LUER LOCK	
<i>diflorasone</i>	77			INSULIN.....	179
<i>diflunisal</i>	117			EASY TOUCH PEN NEEDLE	179

EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE.....	180	<i>enalapril maleate</i>	59	<i>eslicarbazepine</i>	144
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	178, 179	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	59, 60	<i>esomeprazole magnesium</i>	82
EASY TOUCH UNI-SLIP.....	180	ENBREL.....	96	<i>estarylla</i>	135
<i>econazole nitrate</i>	153	ENBREL MINI.....	95	<i>estazolam</i>	25
EDURANT.....	157	ENBREL SURECLICK.....	96	<i>estradiol</i>	88, 89
EDURANT PED.....	157	<i>endocet</i>	119	<i>estradiol valerate</i>	89
<i>efavirenz</i>	157	ENERGIX-B (PF).....	102	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	89
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> ..	157	ENERGIX-B PEDIATRIC (PF)	102	<i>eszopiclone</i>	64
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> ..	157	<i>enilloring</i>	134	<i>ethambutol</i>	155
EGRIFTA SV.....	91	<i>enoxaparin</i>	213	<i>ethosuximide</i>	145
EGRIFTA WR.....	91	<i>enpresse</i>	135	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	135
ELAHERE.....	6	<i>enskyce</i>	135	<i>etodolac</i>	117, 118
ELEPSIA XR.....	144	ENSPRYNG.....	66	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ...	135
ELIGARD.....	7	<i>entacapone</i>	38	ETOPOPHOS.....	7
ELIGARD (3 MONTH).....	7	<i>entecavir</i>	163	<i>etoposide</i>	8
ELIGARD (4 MONTH).....	7	ENTRESTO SPRINKLE.....	54	<i>etravirine</i>	158
ELIGARD (6 MONTH).....	7	<i>enulose</i>	83	EUCRISA.....	77
<i>elinest</i>	134	EPCLUSA.....	161	EULEXIN.....	8
ELIQUIS.....	213	EPIDIOLEX.....	144	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	8
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START.....	213	<i>epinastine</i>	113	<i>everolimus</i> (<i>immunosuppressive</i>).....	96
ELMIRON.....	114	<i>epinephrine</i>	53	EVOTAZ.....	158
ELREXFIO.....	7	<i>epitol</i>	144	EVRYSDI.....	114
<i>eltrombopag olamine</i>	215	EPIVIR HBV.....	158	EXEL INSULIN.....	181
<i>eluryng</i>	134	EPKINLY.....	7	<i>exemestane</i>	8
EMBRACE PEN NEEDLE	180, 181	<i>eplerenone</i>	60	EXTENCILLINE.....	129
EMCYT.....	7	ERBITUX.....	7	EYSUVIS.....	111
EMEND.....	36	<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	219	EZALLOR SPRINKLE.....	56
EMGALITY PEN.....	34	<i>ergoloid</i>	26	<i>ezetimibe</i>	56
EMGALITY SYRINGE.....	34	ERIVEDGE.....	7	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	56
<i>emoquette</i>	134	ERLEADA.....	7	FAKZYNJA.....	8
EMRELIS.....	7	<i>erlotinib</i>	7	<i>falmina (28)</i>	135
EMSAM.....	150	<i>errin</i>	135	<i>famciclovir</i>	163
<i>emtricitabine</i>	157	<i>ertapenem</i>	125	<i>famotidine</i>	82
<i>emtricitabine-tenofov</i> ir (<i>tdf</i>).....	157	<i>ery pads</i>	80	FANAPT.....	42
<i>emtricitabine-tenofov</i> ir (<i>tdf</i>).....	157	<i>erythromycin</i>	109, 128	FANAPT TITRATION PACK A.....	42
EMTRIVA.....	157	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	128	FANAPT TITRATION PACK B.....	42
<i>emzahn</i>	134	<i>erythromycin with ethanol</i>	80	FANAPT TITRATION PACK C.....	42
		<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> ..	80	FARXIGA.....	27
		ERZOFRI.....	41, 42		
		<i>escitalopram oxalate</i>	150		

FASENRA.....	70	fluoride (sodium).....	75	GATTEX 30-VIAL.....	83
FASENRA PEN.....	70	fluorometholone.....	112	GAUZE BANDAGE.....	181
febuxostat.....	33	fluorouracil.....	8, 79	GAUZE PAD.....	181
feirza.....	135	fluoxetine.....	150, 151	gavilyte-c.....	85
felbamate.....	145	fluphenazine decanoate.....	42	gavilyte-g.....	85
felodipine.....	55	fluphenazine hcl.....	42	gavilyte-n.....	85
FEMRING.....	89	flurazepam.....	25, 26	GAVRETO.....	9
femynor.....	135	flurbiprofen.....	118	gefitinib.....	9
fenofibrate.....	56	flurbiprofen sodium.....	112	gemcitabine.....	9
fenofibrate micronized.....	56	flutamide.....	8	gemfibrozil.....	57
fenofibrate nanocrystallized.....	56	fluticasone propionate.....	72, 73, 77, 112	gemmily.....	135
fenofibric acid (choline).....	57	fluticasone propion-salmeterol...73		generlac.....	83
fenoprofen.....	118	fluvastatin.....	57	gengraf.....	96
fentanyl.....	120	fluvoxamine.....	151	gentak.....	109
fentanyl citrate.....	120	folic acid.....	219	gentamicin.....	80, 109, 124
FERRIPROX.....	123	folivane-ob.....	219	gentamicin sulfate (ped) (pf).....	124
fesoterodine.....	86	fondaparinux.....	213, 214	gentamicin sulfate (pf).....	124
FETZIMA.....	150	fosamprenavir.....	158	GENVOYA.....	158
FIASP FLEXTOUCH U-100		fosinopril.....	60	GILOTRIF.....	9
INSULIN.....	30	fosinopril-hydrochlorothiazide...60		glatiramer.....	66
FIASP PENFILL U-100		fosphenytoin.....	145	glatopa.....	66
INSULIN.....	30	FOTIVDA.....	8	GLEOSTINE.....	9
FIASP U-100 INSULIN.....	30	FREESTYLE PRECISION.....	181	glimepiride.....	33
fidaxomicin.....	128	FRUZAQLA.....	8	glipizide.....	33
finasteride.....	86	fulvestrant.....	8	glipizide-metformin.....	33
fingolimod.....	66	furosemide.....	58	glutamine (sickle cell).....	114
FINTEPLA.....	145	FUZEON.....	158	glyburide.....	33
fioricet.....	120	FYARRO.....	9	glyburide micronized.....	33
FIRMAGON KIT W		fyavolv.....	89	glyburide-metformin.....	33
DILUENT SYRINGE.....	8	FYCOMPA.....	145	glycerol phenylbutyrate.....	83
flavoxate.....	86	FYLNETRA.....	215	glycopyrrolate.....	83
flecainide.....	49	gabapentin.....	145	glydo.....	122
floxuridine.....	8	GALAFOLD.....	217	GLYXAMBI.....	27
fluconazole.....	153	galantamine.....	27	GOMEKLI.....	9
fluconazole in nacl (iso-osm)....	153	gallifrey.....	93	granisetron hcl.....	36
flucytosine.....	153	GAMMAGARD S-D (IGA < 1		griseofulvin microsize.....	153, 154
fludrocortisone.....	90	MCG/ML).....	96	griseofulvin ultramicrosize.....	154
flunisolide.....	111	GAMMAPLEX.....	96	guanfacine.....	49, 67
fluocinolone.....	77	GAMUNEX-C.....	96	GVOKE.....	114
fluocinolone acetonide oil.....	112	GARDASIL 9 (PF).....	102, 103	GVOKE HYPOPEN 2-PACK..	114
fluocinonide.....	77	gatifloxacin.....	109	GVOKE PFS 1-PACK	
fluocinonide-emollient.....	77			SYRINGE.....	114

HAEGARDA.....	215	HUMULIN R U-500 (CONC)		IMOVAX RABIES VACCINE	
<i>hailey 24 fe</i>	135	INSULIN.....	31	(PF).....	103
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	135	HUMULIN R U-500 (CONC)		IMPAVIDO.....	37
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	135	KWIKPEN.....	31	INBRIJA.....	38
<i>halobetasol propionate</i>	77, 78	<i>hydralazine</i>	53	<i>incassia</i>	136
<i>haloette</i>	135	<i>hydrochlorothiazide</i>	58	INCONTROL ALCOHOL	
<i>haloperidol</i>	43	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	120	PADS.....	183
<i>haloperidol decanoate</i>	42	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	120	INCONTROL PEN NEEDLE..	183
<i>haloperidol lactate</i>	42	<i>hydrocortisone</i>	61, 78, 90	INCRELEX.....	91
HARVONI.....	161	<i>hydrocortisone butyrate</i>	78	<i>indapamide</i>	58
HAVRIX (PF).....	103	<i>hydrocortisone valerate</i>	78	<i>indomethacin</i>	118
HEALTHWISE INSULIN		<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	109	INFANRIX (DTAP) (PF).....	103
SYRINGE.....	182	<i>hydromorphone</i>	120	INFLECTRA.....	97
HEALTHWISE PEN NEEDLE	182	<i>hydromorphone (pf)</i>	120	<i>infliximab</i>	97
HEALTHY ACCENTS		<i>hydroxychloroquine</i>	37	INGREZZA.....	67
UNIFINE PENTIP.....	183	<i>hydroxyurea</i>	9	INGREZZA INITIATION	
<i>heather</i>	135	<i>hydroxyzine hcl</i>	155	PK(TARDIV).....	67
HEMADY.....	90	<i>hydroxyzine pamoate</i>	114	INGREZZA SPRINKLE.....	67
<i>heparin (porcine)</i>	214	<i>ibandronate</i>	63	INLEXZO.....	10
HEPLISAV-B (PF).....	103	IBRANCE.....	9, 10	INLURIYO.....	10
HERCEPTIN HYLECTA.....	9	IBTROZI.....	10	INLYTA.....	10, 11
HERNEXEOS.....	9	<i>ibu</i>	118	INPEN (FOR HUMALOG)	
HERZUMA.....	9	<i>ibuprofen</i>	118	BLUE.....	183
HETLIOZ LQ.....	64	<i>ibuprofen-famotidine</i>	118	INPEN (NOVOLOG OR	
HIBERIX (PF).....	103	<i>icatibant</i>	53	FIASP) BLUE.....	183
HUMIRA.....	96	<i>iclevia</i>	135	INQOVI.....	11
HUMIRA PEN.....	96	ICLUSIG.....	10	INREBIC.....	11
HUMIRA PEN CROHNS-UC-		<i>icosapent ethyl</i>	57	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	31
HS START.....	96	IDHIFA.....	10	<i>insulin aspart u-100</i>	31
HUMIRA PEN PSOR-		<i>ifosfamide</i>	10	<i>insulin glargine-yfgn</i>	31
UVEITS-ADOL HS.....	96	ILARIS (PF).....	97	INSULIN SYR/NDL U100	
HUMIRA(CF).....	97	ILEVRO.....	112	HALF MARK.....	183
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS		ILUMYA.....	97	INSULIN SYRINGE.....	167
STARTER.....	96	<i>imatinib</i>	10	INSULIN SYRINGE	
HUMIRA(CF) PEN.....	97	IMBRUVICA.....	10	MICROFINE.....	166
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-		IMDELLTRA.....	10	INSULIN SYRINGE	
UC-HS.....	97	<i>imipenem-cilastatin</i>	126	NEEDLELESS.....	184
HUMIRA(CF) PEN		<i>imipramine hcl</i>	151	INSULIN SYRINGE-NEEDLE	
PEDIATRIC UC.....	97	<i>imipramine pamoate</i>	151	U-100	
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-		<i>imiquimod</i>	79	181, 183, 184, 189, 191, 193, 197,	
ADOL HS.....	97	IMJUDO.....	10	201, 202	
		IMKELDI.....	10		

INSULIN U-500 SYRINGE- NEEDLE.....	185	JANUVIA.....	28	KLISYRI (250 MG).....	79
INSUPEN PEN NEEDLE.....	185	JARDIANCE.....	28	<i>klor-con m10</i>	211
INTELENCE.....	158	<i>jasmiel (28)</i>	136	<i>klor-con m15</i>	211
INTRON A.....	162	<i>javygtor</i>	217	<i>klor-con m20</i>	211
<i>introvale</i>	136	JAYPIRCA.....	11	KLOXXADO.....	24
INVEGA HAFYERA.....	43	JEMPERLI.....	11	KOSELUGO.....	12
INVEGA SUSTENNA.....	43	<i>jencycla</i>	136	<i>kosher prenatal plus iron</i>	219
INVEGA TRINZA.....	43	JENTADUETO.....	28	KRAZATI.....	12
INVELTYS.....	112	JENTADUETO XR.....	28	<i>kurvelo (28)</i>	136
IPOL.....	103	<i>jinteli</i>	89	KYLEENA.....	137
<i>ipratropium bromide</i>	74, 113	<i>jolessa</i>	136	KYNMOBI.....	39
<i>ipratropium-albuterol</i>	74	<i>juleber</i>	136	<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	137
IQIRVO.....	83	JULUCA.....	158	<i>labetalol</i>	50
<i>irbesartan</i>	54	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	136	<i>lacosamide</i>	145
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	54	<i>junel 1/20 (21)</i>	136	<i>lactulose</i>	83
<i>irinotecan</i>	11	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	136	<i>lamivudine</i>	158
ISENTRESS.....	158	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	136	<i>lamivudine-zidovudine</i>	158
ISENTRESS HD.....	158	<i>junel fe 24</i>	136	<i>lamotrigine</i>	145, 146
<i>isibloom</i>	136	JUXTAPID.....	57	<i>lanreotide</i>	91
ISOLYTE S PH 7.4.....	211	JYLAMVO.....	11	<i>lansoprazole</i>	82
ISOLYTE-P IN 5 %		JYNNEOS (PF).....	103	<i>lanthanum</i>	85
DEXTROSE.....	211	KALETRA.....	158	LANTUS SOLOSTAR U-100	
ISOLYTE-S.....	211	KALYDECO.....	70	INSULIN.....	31
<i>isoniazid</i>	155	KANJINTI.....	11	LANTUS U-100 INSULIN.....	31
ISOPROPYL ALCOHOL.....	79	<i>kariva (28)</i>	136	<i>lapatinib</i>	12
<i>isosorbide dinitrate</i>	61	KATERZIA.....	55	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	137
<i>isosorbide mononitrate</i>	61	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	136	<i>larin 1/20 (21)</i>	137
<i>isosorbide-hydralazine</i>	61	<i>kelnor 1/50 (28)</i>	136	<i>larin 24 fe</i>	137
<i>isradipine</i>	55	KERENDIA.....	60	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	137
ITOVEBI.....	11	KESIMPTA PEN.....	67	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	137
<i>itraconazole</i>	154	<i>ketoconazole</i>	154	<i>larissia</i>	137
IV PREP WIPES.....	185	<i>ketoprofen</i>	118	<i>latanoprost</i>	108
<i>ivabradine</i>	53	<i>ketorolac</i>	112, 118	LAZCLUZE.....	12
<i>ivermectin</i>	37	KEYTRUDA.....	11	<i>leflunomide</i>	97
IWILFIN.....	11	KEYTRUDA QLEX.....	11	<i>lenalidomide</i>	12
IXIARO (PF).....	103	KIMMTRAK.....	11	LENTOCILIN S.....	130
<i>jaimiess</i>	136	KINERET.....	97	LENVIMA.....	13
JAKAFI.....	11	KINRIX (PF).....	103	<i>lessina</i>	137
<i>jantoven</i>	214	<i>kionex (with sorbitol)</i>	83	<i>letrozole</i>	13
JANUMET.....	27	KISQALI.....	12	<i>leucovorin calcium</i>	114
JANUMET XR.....	28	KISQALI FEMARA CO- PACK.....	12	LEUKERAN.....	13
				LEUKINE.....	215

<i>leuprolide</i>	13	LONSURF.....	13	MAGELLAN INSULIN	
<i>leuprolide acetate (3 month)</i>	13	<i>loperamide</i>	84	SAFETY SYRNG.....	187
<i>levetiracetam</i>	146	<i>lopinavir-ritonavir</i>	158, 159	MAGELLAN SYRINGE.....	186
<i>levobunolol</i>	108	LOQTORZI.....	13	<i>magnesium sulfate</i>	211
<i>levocarnitine</i>	114	<i>lorazepam</i>	26	<i>malathion</i>	81
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	114	<i>lorazepam intensol</i>	26	<i>maraviroc</i>	159
<i>levocetirizine</i>	155	LORBRENA.....	13	MARGENZA.....	14
<i>levofloxacin</i>	130	<i>loryna (28)</i>	138	<i>marlissa (28)</i>	138
<i>levofloxacin in d5w</i>	130	<i>losartan</i>	54	<i>marnatal-f</i>	219
<i>levonest (28)</i>	137	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	54	MARPLAN.....	151
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i> ..	137	LOTEMAX.....	112	MATULANE.....	14
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>		LOTEMAX SM.....	112	<i>matzim la</i>	52
.....	137, 138	<i>loteprednol etabonate</i>	112	MAVENCLAD (10 TABLET	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	138	<i>lovastatin</i>	57	PACK).....	67
<i>levora-28</i>	138	<i>low-ogestrel (28)</i>	138	MAVENCLAD (4 TABLET	
<i>levothyroxine</i>	87	<i>loxapine succinate</i>	43	PACK).....	67
LEXIVA.....	158	<i>lo-zumandimine (28)</i>	138	MAVENCLAD (5 TABLET	
LIBERVANT.....	146	<i>lubiprostone</i>	84	PACK).....	67
<i>lidocaine</i>	122	<i>luizza</i>	138	MAVENCLAD (6 TABLET	
<i>lidocaine hcl</i>	122	LUMAKRAS.....	13	PACK).....	67
<i>lidocaine viscous</i>	122	LUMIGAN.....	108	MAVENCLAD (7 TABLET	
<i>lidocaine-prilocaine</i>	122	LUNSUMIO.....	13	PACK).....	67
<i>lidocan iii</i>	122	LUPRON DEPOT.....	14, 91	MAVENCLAD (8 TABLET	
LILETTA.....	138	LUPRON DEPOT (3 MONTH)		PACK).....	67
<i>lillow (28)</i>	138	.....	13, 91	MAVENCLAD (9 TABLET	
<i>linezolid</i>	125	LUPRON DEPOT (4 MONTH). 14		PACK).....	68
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	124	LUPRON DEPOT (6 MONTH). 14		MAVYRET.....	161
LINZESS.....	83	LUPRON DEPOT-PED.....	92	MAXICOMFORT II PEN	
<i>liomny</i>	87	LUPRON DEPOT-PED (3		NEEDLE.....	187
<i>liothyronine</i>	87	MONTH).....	92	MAXICOMFORT INSULIN	
LISCO.....	185	<i>lurasidone</i>	44	SYRINGE.....	187
<i>lisinopril</i>	60	<i>lutra (28)</i>	138	MAXI-COMFORT INSULIN	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	60	LUTRATE DEPOT (3		SYRINGE.....	187
LITE TOUCH INSULIN PEN		MONTH).....	92	MAXICOMFORT SAFETY	
NEEDLES.....	185, 186	LYBALVI.....	44	PEN NEEDLE.....	187
LITE TOUCH INSULIN		<i>lyleq</i>	138	MAYZENT.....	68
SYRINGE.....	185, 186	<i>lyllana</i>	89	MAYZENT STARTER(FOR	
<i>lithium carbonate</i>	67	LYNOZYFIC.....	14	1MG MAINT).....	68
<i>lithium citrate</i>	67	LYNPARZA.....	14	MAYZENT STARTER(FOR	
LIVDELZI.....	83	LYSODREN.....	14	2MG MAINT).....	68
LIVTENCITY.....	162	LYTGOBI.....	14	<i>meclizine</i>	36
LOKELMA.....	84	<i>lyza</i>	138	<i>medroxyprogesterone</i>	93

<i>mefenamic acid</i>	118	<i>micafungin</i>	154	<i>montelukast</i>	73
<i>mefloquine</i>	37	<i>miconazole-3</i>	154	<i>morphine</i>	121
<i>megestrol</i>	14, 93	MICRODOT INSULIN PEN		MORPHINE.....	121
MEKINIST.....	14	NEEDLE.....	187	<i>morphine concentrate</i>	120
MEKTOVI.....	14	MICRODOT READYGARD		MOUNJARO.....	29
<i>meleya</i>	138	PEN NEEDLE.....	187	MOVANTIK.....	84
<i>meloxicam</i>	118	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	138	<i>moxifloxacin</i>	109, 130
<i>memantine</i>	27	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	138	<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>	130
<i>memantine-donepezil</i>	27	<i>microgestin 24 fe</i>	139	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> ..	131
MENACTRA (PF).....	103	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	139	MRESVIA (PF).....	104
MENQUADFI (PF).....	103	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	139	MULTAQ.....	49
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP		<i>midodrine</i>	49	<i>mupirocin</i>	81
(PF).....	103	MIEBO (PF).....	113	MVASI.....	15
<i>mercaptopurine</i>	14, 15	<i>mifepristone</i>	28	<i>mycophenolate mofetil</i>	97
<i>meropenem</i>	126	<i>miglitol</i>	28	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	97
<i>merzee</i>	138	<i>miglustat</i>	217	<i>mycophenolate sodium</i>	98
<i>mesalamine</i>	62	<i>mili</i>	139	<i>mynatal</i>	219
<i>mesna</i>	114	<i>mimvey</i>	89	<i>mynatal advance</i>	219
<i>metadate er</i>	68	MINI ULTRA-THIN II.....	188	<i>mynatal plus</i>	219
<i>metformin</i>	28	<i>minitran</i>	61	<i>mynatal-z</i>	219
<i>methadone</i>	120	<i>minocycline</i>	132	<i>mynate 90 plus</i>	219
<i>methazolamide</i>	108	<i>minoxidil</i>	61	MYRBETRIQ.....	86
<i>methenamine hippurate</i>	125	MIPLYFFA.....	163	<i>nabumetone</i>	118
<i>methimazole</i>	87	MIRENA.....	139	<i>nadolol</i>	50
<i>methocarbamol</i>	218	<i>mirtazapine</i>	151	<i>nafcillin</i>	130
<i>methotrexate sodium</i>	15	<i>misoprostol</i>	82	<i>naloxone</i>	24
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	15	<i>mitoxantrone</i>	15	<i>naltrexone</i>	24
<i>methoxsalen</i>	80	M-M-R II (PF).....	104	NAMZARIC.....	27
<i>methscopolamine</i>	84	<i>m-natal plus</i>	219	NANO 2ND GEN PEN	
<i>methsuximide</i>	146	<i>modafinil</i>	64	NEEDLE.....	189
<i>methylphenidate hcl</i>	68, 69	MODEYSO.....	15	NANO PEN NEEDLE.....	189
<i>methylprednisolone</i>	90	<i>moexipril</i>	60	<i>naproxen</i>	118
<i>methylprednisolone acetate</i>	90	<i>molindone</i>	44	<i>naratriptan</i>	34
<i>metoclopramide hcl</i>	84	<i>mometasone</i>	78, 112	NATACYN.....	109
<i>metolazone</i>	58	MONOJECT INSULIN		<i>nateglinide</i>	29
<i>metoprolol succinate</i>	50	SAFETY SYRING.....	189	NATPARA.....	63
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> ..	50	MONOJECT INSULIN		NAYZILAM.....	146
<i>metoprolol tartrate</i>	50	SYRINGE.....	188, 189	<i>nebivolol</i>	50
<i>metronidazole</i>	80, 81, 123, 125	MONOJECT SYRINGE.....	188	<i>nefazodone</i>	151
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> ..	125	MONOJECT ULTRA		<i>neomycin</i>	124
<i>metyrosine</i>	53	COMFORT INSULIN.....	204	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	109
<i>mexiletine</i>	49	<i>mono-linyah</i>	139	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	109

<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	109, 110	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> ..	140	ODOMZO	15
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	110	<i>norlyda</i>	140	OFEV	71
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	110	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	140	<i>ofloxacin</i>	110
<i>neo-polycin</i>	110	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	140	OGIVRI	15
<i>neo-polycin hc</i>	110	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	140	OGSIVEO	15
NERLYNX	15	<i>nortriptyline</i>	151	OJEMDA	15, 16
<i>neuac</i>	81	NORVIR	159	OJJAARA	16
NEULASTA ONPRO	216	NOVOFINE 30	189	<i>olanzapine</i>	44
NEUPRO	39	NOVOFINE 32	189	<i>olmesartan</i>	54
<i>nevirapine</i>	159	NOVOFINE PLUS	189	<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazyd</i>	54
<i>newgen</i>	219	NOVOLIN 70/30 U-100		<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	54
NEXLETOL	57	INSULIN	31	<i>olopatadine</i>	113
NEXLIZET	57	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN		<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	57
NEXPLANON	139	U-100	32	<i>omeprazole</i>	82
<i>niacin</i>	57	NOVOLIN N FLEXPEN	32	<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	82
<i>niacor</i>	57	NOVOLIN N NPH U-100		OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2	
<i>nicardipine</i>	55	INSULIN	32	PLUS)	189
NICOTROL	24	NOVOLIN R FLEXPEN	32	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO	
NICOTROL NS	24	NOVOLIN R REGULAR U100		KT(GEN5)	190
<i>nifedipine</i>	55	INSULIN	32	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS	
<i>nikki (28)</i>	139	NOVOTWIST	189	(GEN 5)	190
NIKTIMVO	98	NOXAFIL	154	OMNIPOD 5	
<i>nilutamide</i>	15	NUBEQA	15	INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	190
NINLARO	15	NUCALA	70, 71	OMNIPOD CLASSIC PDM	
<i>nitazoxanide</i>	37	NULOJIX	98	KIT(GEN 3)	190
<i>nitisinone</i>	217	NUPLAZID	44	OMNIPOD CLASSIC PODS	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	125	NURTEC ODT	34	(GEN 3)	190
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>		<i>nyamyc</i>	154	OMNIPOD DASH INTRO KIT	
.....	125	<i>nylia 1/35 (28)</i>	140	(GEN 4)	190
<i>nitroglycerin</i>	61, 114	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	140	OMNIPOD DASH PDM KIT	
<i>niva-plus</i>	219	<i>nymyo</i>	140	(GEN 4)	190
NIVESTYM	216	<i>nystatin</i>	154	OMNIPOD DASH PODS	
<i>nizatidine</i>	82	<i>nystatin-triamcinolone</i>	154	(GEN 4)	190
NORDITROPIN FLEXPRO	92	<i>nystop</i>	154	ONAPGO	39
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	139	NYVEPRIA	216	<i>ondansetron</i>	36
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	139	<i>obstetrix dha</i>	219	<i>ondansetron hcl</i>	36
<i>norethindrone acetate</i>	93	<i>obstetrix dha prenatal duo</i>	219	ONGENTYS	39
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>		<i>o-cal prenatal</i>	219	ONTRUZANT	16
.....	89, 139	OCREVUS	69	ONUREG	16
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	139	OCREVUS ZUNOVO	69	OPDIVO	16
		<i>octreotide acetate</i>	92	OPDIVO QVANTIG	16
		ODEFSEY	159	OPDUALAG	16

OPIPZA.....	44	PEMAZYRE.....	16	PIFELTRO.....	159
OPSUMIT.....	116	<i>pemetrexed disodium</i>	17	<i>pilocarpine hcl</i>	75, 108
ORENCIA.....	98	PENRYDI RTU.....	17	<i>pimecrolimus</i>	78
ORENCIA (WITH MALTOSE).....	98	PEN NEEDLE.....	190, 191	<i>pimozide</i>	44
ORENCIA CLICKJECT.....	98	PEN NEEDLE, DIABETIC		<i>pimtrea (28)</i>	140
ORFADIN.....	217	.....	171, 182, 187, 188, 190, 193	<i>pindolol</i>	50
ORGOVYX.....	92	PEN NEEDLE, DIABETIC,		<i>pioglitazone</i>	29
ORILISSA.....	92	SAFETY.....	194	<i>pioglitazone-metformin</i>	29
ORKAMBI.....	71	PENBRAYA (PF).....	104	PIP PEN NEEDLE.....	191
<i>orquidea</i>	140	PENBRAYA MENACWY		<i>piperacillin-tazobactam</i>	130
ORSERDU.....	16	COMPONENT(PF).....	104	PIQRAY.....	17
<i>oseltamivir</i>	162	PENBRAYA MENB		<i>pirfenidone</i>	71
OSENVELT.....	63	COMPONENT (PF).....	104	<i>pirmella</i>	140
OSMOLEX ER.....	39	<i>penciclovir</i>	80	<i>piroxicam</i>	118
OTEZLA.....	98	<i>penicillamine</i>	123	<i>pitavastatin calcium</i>	57
OTEZLA STARTER.....	98	<i>penicillin g potassium</i>	130	PLASMA-LYTE A.....	211
OTEZLA XR.....	98	<i>penicillin g procaine</i>	130	PLEGRIDY.....	69
<i>oxaliplatin</i>	16	<i>penicillin v potassium</i>	130	<i>pnv 29-1</i>	219
<i>oxandrolone</i>	87	PENMENVY MEN A-B-C-W-		<i>pnv-dha + docusate</i>	219
<i>oxazepam</i>	26	Y (PF).....	104	<i>pnv-omega</i>	220
<i>oxcarbazepine</i>	146	PENMENVY MENACWY		<i>podofilox</i>	80
<i>oxybutynin chloride</i>	86	COMPONENT(PF).....	104	<i>polycin</i>	110
<i>oxycodone</i>	121	PENMENVY MENB		<i>polymyxin b sulfate</i>	125
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	121	COMPONENT (PF).....	104	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> ..	110
<i>oxymorphone</i>	121, 122	PENTACEL (PF).....	105	POMALYST.....	17
OZEMPIC.....	29	<i>pentamidine</i>	37	<i>portia 28</i>	140
<i>pacerone</i>	49	PENTIPS PEN NEEDLE.....	191	<i>posaconazole</i>	154, 155
<i>paclitaxel</i>	16	<i>pentoxifylline</i>	215	<i>potassium chloride</i>	211, 212
<i>paclitaxel protein-bound</i>	16	<i>perampanel</i>	146	<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	
<i>paliperidone</i>	44	<i>perindopril erbumine</i>	60	.....	212
PALYNZIQ.....	217	<i>periogard</i>	75	<i>potassium citrate</i>	212
PANRETIN.....	80	<i>permethrin</i>	81	<i>pr natal 400</i>	220
<i>pantoprazole</i>	82	<i>perphenazine</i>	44	<i>pr natal 400 ec</i>	220
<i>paricalcitol</i>	63	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	151	<i>pr natal 430</i>	220
<i>paroxetine hcl</i>	151	PERSERIS.....	44	<i>pr natal 430 ec</i>	220
PAXLOVID.....	162	<i>phenelzine</i>	151	<i>pramipexole</i>	39
<i>pazopanib</i>	16	<i>phenobarbital</i>	146, 147	<i>prasugrel hcl</i>	215
PEDIARIX (PF).....	104	PHENYTEK.....	147	<i>pravastatin</i>	57
PEDVAX HIB (PF).....	104	<i>phenytoin</i>	147	<i>praziquantel</i>	37
<i>peg 3350-electrolytes</i>	85	<i>phenytoin sodium</i>	147	<i>prazosin</i>	49
PEGASYS.....	162	<i>phenytoin sodium extended</i>	147	<i>prednisolone</i>	90
<i>peg-electrolyte soln</i>	85	<i>philith</i>	140	<i>prednisolone acetate</i>	112

<i>prednisolone sodium phosphate</i>	90, 112	<i>prochlorperazine</i>	36	<i>ramipril</i>	60
<i>prednisone</i>	90	<i>prochlorperazine edisylate</i> ... 36, 45		<i>ranolazine</i>	53
<i>pregabalin</i>	147	<i>prochlorperazine maleate</i>	36	<i>rasagiline</i>	39
PREHEVBRIO (PF).....	105	<i>procto-med hc</i>	78	RASUVO (PF).....	98
PREMARIN.....	89	<i>proctosol hc</i>	78	RAVICTI.....	84
PREMPHASE.....	89	<i>proctozone-hc</i>	78	RAYALDEE.....	63
PREMPRO.....	89	PRODIGY INSULIN		<i>reclipsen (28)</i>	140
<i>prenal true</i>	220	SYRINGE.....	192	RECOMBIVAX HB (PF).....	105
<i>prenaissance</i>	220	<i>progesterone micronized</i>	93	REGRANEX.....	80
<i>prenaissance plus</i>	220	PROGRAF.....	98	RELENZA DISKHALER.....	162
<i>prenatabs fa</i>	220	PROLIA.....	63	RELISTOR.....	84
<i>prenatal 19</i>	220	<i>promethazine</i>	36, 155	RENFLEXIS.....	99
<i>prenatal 19 (with docusate)</i>	220	<i>promethegan</i>	36	<i>repaglinide</i>	29
<i>prenatal low iron</i>	220	<i>propafenone</i>	49	REPATHA PUSHTRONEX.....	57
<i>prenatal plus</i>	220	<i>propranolol</i>	51	REPATHA SURECLICK.....	58
<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	219	<i>propylthiouracil</i>	87	REPATHA SYRINGE.....	58
<i>prenatal vitamin plus low iron</i> ..	220	PROQUAD (PF).....	105	RETACRIT.....	216
<i>prenatal-u</i>	220	PROSOL 20 %.....	48	RETEVMO.....	17
<i>preplus</i>	220	<i>protriptyline</i>	151	RETROVIR.....	159
<i>pretab</i>	220	PULMOZYME.....	217	REVCovi.....	217
<i>prevalite</i>	57	PURE COMFORT ALCOHOL		REVUFORJ.....	17
PREVENT DROPSAFE PEN		PADS.....	192	REXULTI.....	45
NEEDLE.....	191	PURE COMFORT PEN		REYATAZ.....	159
<i>previfem</i>	140	NEEDLE.....	192, 193	REZLIDHIA.....	17
PREVYMIS.....	162	PURE COMFORT SAFETY		REZUROCK.....	99
PREZCOBIX.....	159	PEN NEEDLE.....	192	RHOPRESSA.....	108
PREZISTA.....	159	<i>pyrazinamide</i>	156	RIABNI.....	18
PRIFTIN.....	156	<i>pyridostigmine bromide</i>	114, 115	<i>ribavirin</i>	163
PRIMAQUINE.....	37	<i>pyrimethamine</i>	37	RIDAURA.....	99
<i>primidone</i>	147	QINLOCK.....	17	<i>rifabutin</i>	156
PRIORIX (PF).....	105	QUADRACEL (PF).....	105	<i>rifampin</i>	156
PRO COMFORT ALCOHOL		<i>quetiapine</i>	45	<i>rilpivirine</i>	159
PADS.....	192	<i>quinapril</i>	60	<i>riluzole</i>	69
PRO COMFORT INSULIN		<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ... 60		<i>rimantadine</i>	162
SYRINGE.....	191, 192	<i>quinidine gluconate</i>	49	RINVOQ.....	99
PRO COMFORT PEN		<i>quinidine sulfate</i>	50	RINVOQ LQ.....	99
NEEDLE.....	192	<i>quinine sulfate</i>	37	<i>risedronate</i>	63
PROAIR RESPIClick.....	74	QULIPTA.....	34	<i>risperidone</i>	45
<i>probenecid</i>	33	RABAVERT (PF).....	105	<i>risperidone microspheres</i>	45
<i>probenecid-colchicine</i>	34	<i>rabeprazole</i>	83	<i>ritonavir</i>	159
PROCALAMINE 3%.....	48	RALDESY.....	151	RITUXAN HYCELA.....	18
		<i>raloxifene</i>	89	<i>rivaroxaban</i>	214

<i>rivastigmine</i>	27	<i>selegiline hcl</i>	39	SOLQUA 100/33.....	32
<i>rivastigmine tartrate</i>	27	<i>selenium sulfide</i>	81	SOLTAMOX.....	18
RIVFLOZA.....	115	SELZENTRY.....	160	SOMATULINE DEPOT.....	92, 93
<i>rizatriptan</i>	34, 35	SEMGLEE(INSULIN		SOMAVERT.....	93
<i>r-natal ob</i>	220	GLARGINE-YFGN).....	32	<i>sorafenib</i>	18
ROCKLATAN.....	108	SEMGLEE(INSULIN GLARG-		<i>sorine</i>	51
<i>roflumilast</i>	71	YFGN)PEN.....	32	<i>sotalol</i>	51
ROLVEDON.....	216	<i>se-natal 19 chewable</i>	221	<i>sotalol af</i>	51
ROMVIMZA.....	18	SEREVENT DISKUS.....	74	SPIRIVA RESPIMAT.....	74
<i>ropinirole</i>	39	SEROSTIM.....	92	<i>spironolactone</i>	59, 60
<i>rosadan</i>	81	<i>sertraline</i>	151, 152	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	59
<i>rosuvastatin</i>	58	<i>setlakin</i>	141	SPRAVATO.....	152
<i>rosyrah</i>	141	<i>sevelamer carbonate</i>	85	<i>sprintec (28)</i>	141
ROTARIX.....	105	<i>sevelamer hcl</i>	85	SPRITAM.....	147
ROTATEQ VACCINE.....	105	SEZABY.....	147	<i>sps (with sorbitol)</i>	84
ROZLYTREK.....	18	<i>sf 5000 plus</i>	75	<i>sronyx</i>	141
RUBRACA.....	18	<i>sharobel</i>	141	<i>ssd</i>	81
<i>rufinamide</i>	147	SHINGRIX (PF).....	106	<i>stavudine</i>	160
RUKOBIA.....	160	SIGNIFOR.....	92	STELARA.....	99, 100
RUXIENCE.....	18	<i>sildenafil</i>	116	STERILE PADS.....	194
RYBELSUS.....	29	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> ..	116	STIMUFEND.....	216
RYBREVANT.....	18	<i>silver sulfadiazine</i>	81	STIOLTO RESPIMAT.....	74
RYDAPT.....	18	SIMBRINZA.....	108	STIVARGA.....	18
RYKINDO.....	45	<i>simliya (28)</i>	141	STOBOCLO.....	63
RYTELO.....	18	<i>simpeesse</i>	141	STRENSIQ.....	217
<i>sacubitril-valsartan</i>	54	SIMPLI PEN NEEDLE.....	181	<i>streptomycin</i>	124
SAFESNAP INSULIN		<i>simvastatin</i>	58	STRIBILD.....	160
SYRINGE.....	193, 194	<i>sirolimus</i>	99	STRIVERDI RESPIMAT.....	74
SAFETY PEN NEEDLE.....	194	SIRTURO.....	156	<i>subvenite</i>	147
<i>sajazir</i>	53	SKY SAFETY PEN NEEDLE.....	194	<i>sucrafate</i>	83
SANTYL.....	80	SKYLA.....	141	<i>sulfacetamide sodium</i>	110
<i>sapropterin</i>	217	SKYRIZI.....	99	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	81
SAVELLA.....	69	SLYND.....	141	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	110
SCSEMBLIX.....	18	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	212	<i>sulfadiazine</i>	131
<i>scopolamine base</i>	36	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	212	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	131
SECUADO.....	45	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	75	<i>sulfasalazine</i>	62
SECURESAFE INSULIN		<i>sodium oxybate</i>	64	<i>sulindac</i>	118
SYRINGE.....	194	<i>sodium phenylbutyrate</i>	84	<i>sumatriptan</i>	35
SECURESAFE PEN NEEDLE.....	194	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	84	<i>sumatriptan succinate</i>	35
SELARSDI.....	99	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>		<i>sumatriptan-naproxen</i>	35
<i>select-ob</i>	220	.....	85, 86	<i>sunitinib malate</i>	19
<i>select-ob (folic acid)</i>	220	<i>solifenacin</i>	86	SUNLENCA.....	160

SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS.....	195	<i>tamsulosin</i>	86	TERUMO INSULIN	
SURE COMFORT INS. SYR. U-100.....	194	<i>tarina 24 fe</i>	141	SYRINGE.....	197, 198
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	194, 195	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	141	<i>testosterone</i>	87, 88
SURE COMFORT PEN NEEDLE.....	195	<i>taron-c dha</i>	221	<i>testosterone cypionate</i>	87
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	194	<i>taron-prex prenatal-dha</i>	221	<i>testosterone enanthate</i>	87
SURE-FINE PEN NEEDLES	195, 196	TASIGNA.....	19	TETANUS,DIPHThERIA	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE.....	196	<i>tasimelteon</i>	64	TOX PED(PF).....	106
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS.....	196	TAVALISSE.....	213	<i>tetrabenazine</i>	69
SUTAB.....	86	TAVNEOS.....	100	<i>tetracycline</i>	132
<i>syeda</i>	141	<i>taysofy</i>	141	TEVIMBRA.....	20
SYMDEKO.....	71	<i>tazarotene</i>	81	THALOMID.....	115
SYMJEPI.....	53	<i>tazicef</i>	127	<i>theophylline</i>	75
SYMLINPEN 120.....	29	<i>taztia xt</i>	52	THINPRO INSULIN	
SYMLINPEN 60.....	29	TAZVERIK.....	19	SYRINGE.....	198
SYMPAZAN.....	148	TDVAX.....	106	<i>thioridazine</i>	45
SYMTUZA.....	160	TECENTRIQ.....	19	<i>thiothixene</i>	46
SYNAREL.....	93	TECENTRIQ HYBREZA.....	19	<i>tiadylt er</i>	52
SYNERCID.....	125	TECHLITE INSULIN		<i>tiagabine</i>	148
SYNJARDY.....	29	SYRINGE.....	196, 197	TIBSOVO.....	20
SYNJARDY XR.....	29, 30	TECHLITE INSULN		<i>ticagrelor</i>	215
SYNRIBO.....	19	SYR(HALF UNIT).....	196	TICE BCG.....	20
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY.....	194	TECHLITE PEN NEEDLE.....	197	TICOVAC.....	106
TABLOID.....	19	TECHLITE PLUS PEN NEEDLE.....	197	<i>tigecycline</i>	132
TABRECTA.....	19	TECVAYLI.....	19	<i>tilia fe</i>	141
<i>tacrolimus</i>	78, 100	TEFLARO.....	127	<i>timolol</i>	108
<i>tadalafil</i>	116	<i>telmisartan</i>	54	<i>timolol maleate</i>	51, 108
TAFINLAR.....	19	<i>telmisartan-amlodipine</i>	54	<i>tinidazole</i>	37
<i>tafluprost (pf)</i>	108	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> ..	54	<i>tiopronin</i>	86
TAGRISSE.....	19	<i>temazepam</i>	26	<i>tiotropium bromide</i>	75
TAKHZYRO.....	115	TEMIXYS.....	160	TIVDAK.....	20
TALVEY.....	19	<i>tencon</i>	122	TIVICAY.....	160
TALZENNA.....	19	TENIVAC (PF).....	106	TIVICAY PD.....	160
<i>tamoxifen</i>	19	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ...	160	<i>tizanidine</i>	218
		TEPMETKO.....	19	TOBI PODHALER.....	124
		<i>terazosin</i>	86	<i>tobramycin</i>	111, 124
		<i>terbinafine hcl</i>	155	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	124
		<i>terbutaline</i>	75	<i>tobramycin sulfate</i>	124
		<i>terconazole</i>	123	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	111
		<i>teriflunomide</i>	69	<i>tolterodine</i>	87
		<i>teriparatide</i>	63	<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>	59
				TOPCARE CLICKFINE.....	198

TOPCARE ULTRA		trientine.....	123	TRUE COMFORT SAFETY	
COMFORT.....	198	tri-estarylla.....	141	PEN NEEDLE.....	199
topiramate.....	148	trifluoperazine.....	46	TRUEPLUS INSULIN.....	200, 201
toposar.....	20	trifluridine.....	111	TRUEPLUS PEN NEEDLE.....	200
toremifene.....	20	trihexyphenidyl.....	39	TRULICITY.....	30
torpenz.....	20	TRIJARDY XR.....	30	TRUMENBA.....	106
torse mide.....	59	TRIKAFTA.....	71	TRUQAP.....	20
TOUJEO MAX U-300		tri-legest fe.....	141	TRUXIMA.....	20
SOLOSTAR.....	32	tri-lynyah.....	142	TUKYSA.....	20
TOUJEO SOLOSTAR U-300		tri-lo-estarylla.....	142	TURALIO.....	20
INSULIN.....	32	tri-lo-marzia.....	142	turqoz (28).....	142
TRADJENTA.....	30	tri-lo-mili.....	142	TWINRIX (PF).....	106
tramadol.....	122	tri-lo-sprintec.....	142	TYBOST.....	115
tramadol-acetaminophen.....	122	trimethoprim.....	125	TYENNE.....	100
trandolapril.....	60	tri-mili.....	142	TYENNE AUTOINJECTOR..	100
trandolapril-verapamil.....	60	trimipramine.....	152	TYMLOS.....	63
tranexamic acid.....	213	TRINTELLIX.....	152	TYPHIM VI.....	106
tranylcypromine.....	152	tri-nymyo.....	142	TYVASO.....	116
TRAVASOL 10 %.....	48	tri-previfem (28).....	142	UBRELVY.....	35
travoprost.....	108	tri-sprintec (28).....	142	ULTICARE.....	202, 203
TRAZIMERA.....	20	TRIUMEQ.....	160	ULTICARE INSULIN	
trazodone.....	152	TRIUMEQ PD.....	160	SYRINGE.....	201, 202
TRECATOR.....	156	trivora (28).....	142	ULTICARE INSULN	
TRELEGY ELLIPTA.....	75	tri-vylibra.....	142	SYR(HALF UNIT).....	201
TRELSTAR.....	20	tri-vylibra lo.....	142	ULTICARE PEN NEEDLE.....	202
TREMFYA.....	100	TRIZIVIR.....	160	ULTICARE SAFETY PEN	
TREMFYA ONE-PRESS.....	100	TROGARZO.....	161	NEEDLE.....	202
TREMFYA PEN.....	100	TROPHAMINE 10 %.....	48	ULTIGUARD SAFEPACK-	
TREMFYA PEN INDUCTION		trospium.....	87	INSULIN SYR.....	203
PK(2PEN).....	100	TRUE COMFORT ALCOHOL		ULTIGUARD SAFEPACK-	
treprostinil sodium.....	116	PADS.....	199	PEN NEEDLE.....	203
TRESIBA FLEXTOUCH U-		TRUE COMFORT INSULIN		ULTILET ALCOHOL SWAB.	203
100.....	32	SYRINGE.....	199	ULTILET INSULIN SYRINGE	
TRESIBA FLEXTOUCH U-		TRUE COMFORT PEN		.....	184, 204
200.....	32	NEEDLE.....	199, 200	ULTILET PEN NEEDLE.....	204
TRESIBA U-100 INSULIN.....	33	TRUE COMFORT PRO		ULTRA CMFT INS SYR	
tretinoin.....	81	ALCOHOL PADS.....	200	(HALF UNIT).....	181, 194
tretinoin (antineoplastic).....	20	TRUE COMFORT PRO INS		ULTRA COMFORT INSULIN	
tri femynor.....	141	SYRINGE.....	198, 199, 200	SYRINGE.....	176, 182, 204
triamcinolone acetonide.	75, 79, 90	TRUE COMFORT SAFE		ULTRA FLO INSUL	
triamterene-hydrochlorothiazid..	59	INSULIN SYRG.....	199, 200	SYR(HALF UNIT).....	204
triazolam.....	26				

ULTRA FLO INSULIN		<i>valproic acid (as sodium salt)</i> .. 148	<i>vigadrone</i> 148
SYRINGE.....	205	<i>valsartan</i> 54	<i>vigpoder</i> 148
ULTRA FLO PEN NEEDLE...	205	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ... 55	<i>vilazodone</i> 152
ULTRA THIN PEN NEEDLE.	205	VALTOCO..... 148	VIMKUNYA..... 107
ULTRACARE INSULIN		<i>valtya</i> 142	<i>vinblastine</i> 21
SYRINGE.....	205, 206	<i>vancomycin</i> 125	<i>vincasar pfs</i> 21
ULTRACARE PEN NEEDLE.	206	VANFLYTA..... 20	<i>vincristine</i> 21
ULTRA-FINE INS SYR		VANISHPOINT INSULIN	<i>vinorelbine</i> 21
(HALF UNIT).....	206	SYRINGE.....	209
ULTRA-FINE INSULIN		VANISHPOINT SYRINGE....	209
SYRINGE.....	206, 207	VAQTA (PF).....	106
ULTRA-FINE PEN NEEDLE		<i>varenicline tartrate</i> 24	<i>virt-c dha</i> 221
.....	206, 207	VARIVAX (PF).....	107
ULTRA-THIN II (SHORT)		VAXCHORA VACCINE.....	107
INS SYR.....	207	VEGZELMA.....	21
ULTRA-THIN II (SHORT)		<i>velivet triphasic regimen (28)</i> ... 142	<i>virt-nate dha</i> 221
PEN NDL.....	207	VELTASSA.....	85
ULTRA-THIN II INS PEN		VELMIDY.....	161
NEEDLES.....	207	VENCLEXTA.....	21
ULTRA-THIN II INSULIN		VENCLEXTA STARTING	
SYRINGE.....	207	PACK.....	21
UNIFINE OTC PEN NEEDLE	207	<i>venlafaxine</i>	152
UNIFINE PEN NEEDLE.....	208	<i>venlafaxine besylate</i>	152
UNIFINE PENTIPS.....	190, 208	VEOZAH.....	115
UNIFINE PENTIPS		<i>verapamil</i>	52
MAXFLOW.....	208	VERIFINE INSULIN	
UNIFINE PENTIPS PLUS.....	208	SYRINGE.....	209, 210
UNIFINE PENTIPS PLUS		VERIFINE PEN NEEDLE.....	210
MAXFLOW.....	208	VERIFINE PLUS PEN	
UNIFINE PROTECT.....	209	NEEDLE.....	210
UNIFINE SAFECONTROL		VERIFINE PLUS PEN	
PEN NEEDLE.....	209	NEEDLE-SHARP.....	210
UNIFINE ULTRA PEN		VERQUVO.....	53
NEEDLE.....	209	VERSACLOZ.....	46
UPTRAVI.....	116	VERSALON.....	210
<i>ursodiol</i>	84	VERZENIO.....	21
UZEDY.....	46	<i>vestura (28)</i>	142
<i>valacyclovir</i>	163	V-GO 20.....	210
VALCHLOR.....	80	V-GO 30.....	210
<i>valganciclovir</i>	163	V-GO 40.....	211
<i>valproate sodium</i>	148	<i>vienva</i>	142
<i>valproic acid</i>	148	<i>vigabatrin</i>	148
			<i>vyfemla (28)</i> 143
			<i>vylibra</i> 143
			VYLOY..... 22
			VYZULTA..... 108
			<i>warfarin</i> 214
			WEBCOL..... 211
			WELIREG..... 22
			WINREVAIR..... 71

<i>wixela inhub</i>	73	<i>zatean-pn plus</i>	221
XALKORI.....	22	<i>zebutal</i>	122
<i>xarah fe</i>	143	ZEGALOGUE	
XARELTO.....	214	AUTOINJECTOR.....	115
XARELTO DVT-PE TREAT		ZEGALOGUE SYRINGE.....	115
30D START.....	214	ZEJULA.....	23
XATMEP.....	22	ZELBORAF.....	23
XCOPRI.....	149	<i>zenatane</i>	80
XCOPRI MAINTENANCE		ZENPEP.....	218
PACK.....	148	<i>zidovudine</i>	161
XCOPRI TITRATION PACK..	149	ZIIHERA.....	23
XDEMVY.....	111	<i>zingiber</i>	221
XELJANZ.....	100	<i>ziprasidone hcl</i>	46
XELJANZ XR.....	101	<i>ziprasidone mesylate</i>	46
XERMELO.....	85	ZIRABEV.....	23
XGEVA.....	63	ZIRGAN.....	111
XIFAXAN.....	125	ZOLADEX.....	23
XIGDUO XR.....	30	ZOLINZA.....	23
XIIDRA.....	112	<i>zolmitriptan</i>	35
XOLAIR.....	71, 72	<i>zolpidem</i>	64
XOSPATA.....	22	ZONISADE.....	149
XPOVIO.....	22	<i>zonisamide</i>	149
XTANDI.....	22	<i>zovia 1/35e (28)</i>	143
<i>xulane</i>	143	<i>zovia 1-35 (28)</i>	143
XULTOPHY 100/3.6.....	33	ZTALMY.....	149
XYOSTED.....	88	ZTLIDO.....	122
<i>yargesa</i>	217	<i>zumandimine (28)</i>	143
YERVOY.....	23	ZURZUVAE.....	152
YESINTEK.....	101	ZYDELIG.....	23
YF-VAX (PF).....	107	ZYKADIA.....	23
YONSA.....	23	ZYLET.....	111
YUFLYMA(CF).....	101	ZYMFENTRA.....	115
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-		ZYNLONTA.....	23
UC-HS.....	101	ZYNYZ.....	23
YUFLYMA(CF)		ZYPREXA RELPREVV.....	47
AUTOINJECTOR.....	101		
<i>yuvafem</i>	90		
<i>zafemy</i>	143		
<i>zafirlukast</i>	73		
<i>zaleplon</i>	64		
ZARXIO.....	216		
<i>zatean-pn dha</i>	221		



Requisitos de accesibilidad y no discriminación

La discriminación es ilegal

Clever Care Health Plan Inc. (en lo sucesivo, Clever Care) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Clever Care no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género).

Clever Care:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de signos.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al (833) 388-8168 (TTY: 711).

Si cree que Clever Care no ha prestado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, orientación sexual e identidad de género), puede presentar una queja ante:

Clever Care Health Plan
Civil Rights Coordinator
7711 Center Ave
Suite 100
Huntington Beach CA 92647

Correo electrónico: civilrightscoordinator@ccmapd.com

Fax: (657) 276-4721

Puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles de Clever Care está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través del portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por teléfono o por correo postal a: 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>.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (833) 388-8168 (TTY:711). Someone who speaks English can help you. This is a free service. **Español (Spanish):** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al (833) 388-8168 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito. **Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务,帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务,请致电 (833) 808-8153 (TTY:711) (普通话)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。 **Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問,為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務,請致電 (833) 808-8161 (TTY:711) (粵語)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。 **Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa (833) 388-8168 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo. **French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au (833) 388-8168 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit. **Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình bảo hiểm sức khỏe và chương trình bảo hiểm thuốc. Nếu quý vị cần thông dịch viên, xin vui lòng gọi số (833) 808-8163 (TTY: 711). Nhân viên nói tiếng Việt của chúng tôi có thể giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí. **German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter (833) 388-8168 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos. **Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 (833) 808-8164 (TTY:711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다. **Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону (833) 388-8168 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная. **Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें (833) 388-8168 (TTY:711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है. **Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero (833) 388-8168 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito. **Português:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número (833) 388-8168 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito. **French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan (833) 388-8168 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis. **Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer (833) 388-8168 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna. **Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、(833) 388-8168 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。 **Khmer:** យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរទាំងឡាយណាដែលអ្នកមានស្តីអំពីគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ (833) 388-8168 (TTY:711) ។ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរណាម្នាក់អាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាឥតគិតថ្លៃ។ **Thai:** เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามที่คุณอาจมีเกี่ยวกับสุขภาพหรือยาของเรา หากคุณต้องการล่ามแปลภาษาไทย เพียงโทรหาเราที่ (833) 388-8168 (TTY:711) บุคคลที่พูดภาษาอังกฤษจะสามารถช่วยคุณได้ นี่คือการบริการฟรี

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (833) 388-8168 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Este formulario se actualizó el 01/12/2025. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente de Clever Care Health Plan al **1-833-388-8168 (TTY: 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., del 1.º de abril al 30 de septiembre, los días de la semana, o visite **es.clevercarehealthplan.com/formulary**.