GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

Gold Kidney Health Plan

Formulario de 2025

Lista de medicamentos cubiertos

LEA LO SIGUIENTE
Este documento contiene información acerca
de los medicamentos que cubrimos en este plan.

ID del formulario: 25318, Número de versión: 6

H1526-002 Gold Kidney of Florida Gold Heart & Diabetes Complete / Salud de Oro Completa (HMO-POS C-SNP)
H1526-004 Gold Kidney of Florida Gold Dialysis Complete / Diálisis de Oro Completa (HMO-POS C-SNP)

Este formulario fue actualizado el 10/03/2024. Para obtener información más reciente, o si tiene otras preguntas, llame a Servicios para miembros de Gold Kidney Health Plan al **1 (844) 294-6535. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.)** Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto festivos), y de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto festivos), o visite **www.goldkidney.com**.

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

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Gold Kidney Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Gold Kidney Health Plan.

Este documento incluye una Lista de medicamentos (Formulario) de nuestro plan, que está vigente a partir del 3 de octubre de 2024. Para obtener un Lista de medicamentos (Formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (Formulario), aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias los copagos y el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 1 de enero de 2025 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Gold Kidney Health Plan?

En este documento, los términos Lista de medicamentos y Formulario significan lo mismo. Un Formulario es una Lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Gold Kidney Health Plan con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, Gold Kidney Health Plan cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Gold Kidney Health Plan y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿El Formulario puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero Gold Kidney Health Plan podríamos/podría agregar o quitar medicamentos del Formulario durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

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

- ✓ **Sustitución inmediata de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro Formulario si lo reemplazamos con una cierta versión nueva de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más

bajo y con las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro Formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o productos biológicos originales en nuestro Formulario, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.

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

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, quizás no le informemos con anticipación que realizaremos un cambio inmediato, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

- Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo para usted el medicamento que se cambiará. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar una excepción al Formulario de Gold Kidney Health Plan?
- Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”.

✓ Medicamentos retirados del mercado. Si un fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que se debe retirar por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro Formulario y, luego, notificarles a los miembros que toman el medicamento.

✓ Otros cambios. Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del Formulario cuando agreguemos un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original cuando agreguemos un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas. Podemos realizar cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario; agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento; o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia el cambio.

Alternativamente, cuando un miembro solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro del medicamento para un 30-días y un aviso del cambio.

– Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción para usted y continuemos la cobertura del medicamento que ha estado tomando. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Gold Kidney Health Plan?".

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2025 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique el Formulario del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el 3 de octubre de 2024. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Gold Kidney Health Plan comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. Si se realizan cambios al formulario que no son de mantenimiento durante el año del plan, los cambios al formulario de Gold Kidney Health Plan se publican en nuestro sitio web en www.goldkidney.com.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del formulario:

Afección médica

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

Listado alfabético

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

encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Gold Kidney Health Plan cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y, suelen costar menos que los de marca. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de obtener una receta nueva, según las leyes estatales.

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

En el Formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. Dado que 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 tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden reemplazar al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a medicamentos de marca.

- Para consultar los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de cobertura, 5, Sección 3.1, “La ‘Lista de medicamentos’ indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa** –Gold Kidney Health Plan exige que usted o su médico prescriptor obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de Gold Kidney Health Plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que Gold Kidney Health Plan no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad** – Para ciertos medicamentos, Gold Kidney Health Plan la cantidad del medicamento que Gold Kidney Health Plan. Por ejemplo, Gold Kidney Health Plan proporciona 30 por receta para Tabletas Farxiga 10 mg. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.

- **Tratamiento escalonado** – Tratamiento escalonado: En algunos casos, Gold Kidney Health Plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de

que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Gold Kidney Health Plan no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces Gold Kidney Health Plan cubrirá el medicamento B.

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

Puede pedirle a Gold Kidney Health Plan que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que podrían tratar su afección médica. Consulte la sección "¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Gold Kidney Health Plan?" en la página vi para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

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

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que Gold Kidney Health Plan no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- ✓ Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Gold Kidney Health Plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Gold Kidney Health Plan.
- ✓ Puede solicitar que Gold Kidney Health Plan haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Gold Kidney Health Plan?

Puede solicitar a Gold Kidney Health Plan que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- ✓ Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- ✓ Puede pedirnos que no apliquemos una restricción de cobertura, incluidos la autorización previa, el tratamiento escalonado o el límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos

medicamentos, Gold Kidney Health Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

✓ Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que usted debe pagar por su medicamento.

En general, Gold Kidney Health Plan solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento con costo compartido más bajo o las restricciones de utilización adicionales no serían tan efectivos para usted y/o causarían que tenga efectos adversos.

Cuando solicita una excepción, la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita la excepción. Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede pedir una decisión acelerada (rápida) si usted considera, y nosotros estamos de acuerdo, que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si aceptamos, o si la persona autorizada a dar recetas pide una decisión rápida, debemos comunicarle nuestra decisión, a más tardar, en un período de 24 horas después de recibir la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas.

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

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el formulario. También es posible que esté tomando un medicamento que está en nuestro Formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con la persona autorizada a dar recetas para solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con 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 procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no están en nuestro Formulario o que tienen una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de suministro de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos del medicamento por un máximo de hasta 30 días . Si no se aprueba la cobertura, después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los

primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al formulario.

Para los miembros con un cambio en el nivel de atención, proporcionamos un suministro de emergencia para 30 días de la siguiente manera:

- ✓ Los miembros actuales que necesitan un suministro de emergencia por única vez o a quienes se les receta un medicamento que no está en el formulario como resultado de un cambio en el nivel de atención pueden ser colocados en transición a través de un código de aclaración enviado por la farmacia. Gold Kidney Health Plan ha autorizado a su administrador de beneficios de farmacia a procesar un suministro único en esta situación mediante una anulación manual en el punto de venta de la farmacia.

- ✓ Cuando se recibe una nueva transacción de reclamo de la farmacia para la admisión o readmisión de un miembro en un centro de atención a largo plazo (LTC), nuestro sistema de reclamos reconocerá al miembro actual como elegible para recibir suministros de transición y aplicará el punto de aprobación de venta.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Gold Kidney Health Plan, consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

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

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

Formulario

El formulario que comienza en la página siguiente proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por Gold Kidney Health Plan. 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 están en mayúscula (p. ej., FARXIGA) y los medicamentos genéricos aparecen en cursiva minúscula (p. ej., simvastatina).

La información en la columna Requisitos/Límites le indica si Gold Kidney Health Plan tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Leyenda de la Lista de Medicamentos

SIMBOLO	TERMINOLOGÍA	DESCRIPCIÓN
BvD	Parte B de Medicare versus Parte D de Medicare	Es posible que algunos medicamentos requieran una determinación de cobertura de la Parte B o la Parte D, según las reglas de cobertura de Medicare.
EX	Medicamento excluido	Este medicamento recetado normalmente no está cubierto por un plan de medicamentos recetados de Medicare. El monto que paga cuando obtiene una receta para este medicamento no cuenta para los costos totales del medicamento (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus recetas, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.
LA	Acceso Limitado	Esta receta puede estar disponible sólo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicios para Miembros al 1 (844) 294-6535 (TTY: 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto feriados) y los 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (excepto feriados), o visite goldkidney.com.
NDS	Suministro de Días no Extendidos	Este medicamento sólo se puede obtener para un suministro de un mes o menos.
NM	No disponible por correo	Este medicamento no está disponible a través de la farmacia de pedidos por correo.
NSO	Solo nuevo comienzo	Si no ha tomado este medicamento antes, usted o su médico deben obtener autorización previa.
PA	Autorización previa	La cobertura de esta receta requiere autorización previa.
QL	Límite de cantidad	Este medicamento tiene un límite de dosis o cantidad de prescripción.
ST	Terapia escalonada	La cobertura de esta receta se proporciona cuando se han probado otras terapias con medicamentos preferidos o de primera línea.

2025 REFERENCIA DE ABREVIATURAS DE FORMAS DE DOSIFICACIÓN

Forma de Dosificación Abreviada	Definición
8 hr	8 hora
12 hr	12 hora
24 hr	24 hora
72 hr	72 hora
act	activado
aero	aerosol
admin	administración
ampul	ampolla
app	utensilio para aplicar
appl	utensilio para aplicar
auto	automático
cap	cápsula
chew	masticable
CT	cantidad
comb	combinación
del	demorado
delayed	demorado
disinteg	desintegrándose
disintegrat	desintegrándose
dose	dosificación
DR	lanzamiento retrasado
EC	recubrimiento entérico
emolnt	emolliente
ENFit	conector de alimentación enteral
er	liberación extendida
ER	liberación extendida
ext	extendido
extnd	extendido
extend	extendido
gast	gástrico

Forma de Dosificación Abreviada	Definición
HFA	hidrofluoroalcano
hi	alto
IR	liberación inmediata
liqd	líquido
loz	lozenge
lo	low
lozeng	gragea
mini lozenge	miniatura gragea
misc	misceláneos
MP	Bomba dosificada
muco	mucoso
pak	paquete
Pack	paquete
PCA	administración controlada por el paciente
pell	bolita
pk	paquete
Powdr	polvo
pt	paciente
recon	reconstituido
rel	liberar
releas	liberar
soln	solución
sprinkl	espolvorear
susp	suspensión
suspen	suspensión
syring	syringa
tab	tableta
TD	transdérmico
var	variable
w/	con

Su Costo Compartido de Medicamentos

H1526-002 Gold Kidney of Florida Gold Heart & Diabetes Complete / Salud de Oro Completa (HMO-POS C-SNP)
H1526-004 Gold Kidney of Florida Gold Dialysis Complete / Diálisis de Oro Completa (HMO-POS C-SNP)

Cobertura inicial

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que haya pagado $2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D; pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

Deducible	Tipo de Farmacia/Días de Suministro	Nivel único
$590*	Suministro minorista estándar para 30 días	25% coseguro
	Cuidados a largo plazo Suministro de 31 días	25% coseguro
	Suministro de 30 días fuera de la red	25% coseguro
	Insulinas	lo que sea menor entre 25% de coseguro o $35 de copago
$590*	Suministro minorista de 100 días	25% coseguro
	Insulinas	lo que sea menor entre 25% de coseguro o $105 de copago
$590*	Pedido por correo de suministro de 100 días	25% coseguro
	Insulinas	lo que sea menor entre 25% de coseguro o $105 de copago

*Su deducible y costos compartidos de medicamentos pueden ser más bajos si recibe “Ayuda adicional” con sus medicamentos recetados.

Etapa de cobertura catastrófica

Usted ingresa a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo han alcanzado el límite de $2,000 para el año calendario. Una vez que estés en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerás en esta etapa de pago hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D.

Aviso de no discriminación

Gold Kidney Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina basándose en cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Gold Kidney Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente basándose en cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al 1 (844) 294-6535 (TTY 711). Si usted cree que Gold Kidney Health Plan no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra forma sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja a:

Gold Kidney Health Plan — Appeals & Grievances
P.O. Box 285, Portsmouth, NH, 03802
1 (844) 294-6535 (TTY 711)
Fax: 1 (866) 515-7869
Attention: Gold Kidney Appeals & Grievances Department

Usted puede presentar una queja en persona, por correo postal o por fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al 1 (844) 294-6535 (TTY 711).

Usted puede presentar también una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, en forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1 (800) 368-1019, 1 (800) 537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en https://www.hhs.gov/ocr/index.html

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-Language Insert
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 **1 (844) 294-6535**. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

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 **1 (844) 294-6535**. 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 **1 (844) 294-6535**。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 **1 (844) 294-6535**。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 **1 (844) 294-6535**. 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'assurancemédicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1 (844) 294-6535**. 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 về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi **1 (844) 294-6535** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1 (844) 294-6535**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1 (844) 294-6535** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Form Approved
OMB# 0938-1421

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 **1 (844) 294-6535**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

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 **1 (844) 294-6535**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

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 **1 (844) 294-6535** 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 **1 (844) 294-6535**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: 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 **1 (844) 294-6535**. 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 **1 (844) 294-6535**. 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 **1 (844) 294-6535**. 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ございます。通訳をご用命になるには、**1 (844) 294-6535** 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。

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer 3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias 22
Agentes Antiansiedad 23
Agentes Antidemencia 25
Agentes Antidiabetico 26
Agentes Antigota 32
Agentes Antimigraña 33
Agentes Antinausea 34
Agentes Antiparasitarios 35
Agentes Antiparkinson 37
Agentes Antipsicóticos 39
Agentes Calóricos 46
Agentes Cardiovasculares 48
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria 62
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica 63
Agentes De Trastorno De Sueño 64
Agentes Del Sistema Nervioso Central 65
Agentes Del Tracto Respiratorio 71
Agentes Dentales Y Orales 76
Agentes Dermatológicos 77
Agentes Gastrointestinales 84
Agentes Genitourinarios 88
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador 89
Agentes Inmunológicos 96
Agentes Oftálmicos 109
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta 111
Agentes Terapeuticos Misceláneos 116
Agentes Vasodilatadores 118
Analgésicos 119
Anestésicos 124
Antagonistas De Metales Pesados 125
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa) 126
Antibacterianos 126
Anticonceptivos 135
Anticonvulsivos 146
Antidepresivos 152

Antifúngicos 156
Antihistamínicos 159
Antimicobacteriales 159
Antivirales (Sitémico) 160
Dispositivos 167
Preparaciones De Reemplazo 218
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen 220
Reemplazo/Modificadores De Enzima 223
Relajantes Musculares Esqueléticos 225
Vitaminas Y Minerales 225

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg (Zytiga)	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml (fluorouracil)	1	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NM; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	1	PA NSO; NM
anastrozole oral tablet 1 mg (Arimidex)	1	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML	1	PA NSO; NM; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NM; QL (240 per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
azacitidine injection recon soln 100 mg (Vidaza)	1	NM
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; NM; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	1	PA NSO; NM; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; NM; QL (28 per 28 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg	(Treanda)	1	PA NSO; NM
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	(Bendeka)	1	PA NSO; NM
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	(bendamustine)	1	PA NSO; NM
bexarotene oral capsule 75 mg	(Targretin)	1	PA NSO; NM
bexarotene topical gel 1 %	(Targretin)	1	PA NSO; NM
bicalutamide oral tablet 50 mg	(Casodex)	1	
bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit		1	
bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg		1	PA NSO
bortezomib injection recon soln 3.5 mg	(Velcade)	1	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG		1	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG		1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG		1	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG		1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		1	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG		1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG		1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG		1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)	1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
carboplatin intravenous solution 10 mg/ml (Paraplatin)	1	
cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml	1	PA BvD
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	1	PA NSO; NM
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	1	PA NSO; NM; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	1	PA NSO; NM; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; NM; LA; QL (63 per 28 days)
cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg	1	PA BvD; NM
cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 500 mg/ml	1	PA BvD; NM
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	1	PA BvD; ST
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	1	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	1	PA NSO; NM; QL (120 per 28 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML	1	PA NSO; NM
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NM; LA
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg (Sprycel)	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
dasatinib oral tablet 20 mg (Sprycel)	1	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
decitabine intravenous recon soln 50 mg (Dacogen)	1	NM
doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml (Caelyx)	1	PA BvD; NM
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	1	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	1	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	1	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	1	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F 40 MG/ML	1	PA NSO; NM
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	1	PA NSO; NM; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	1	NM

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	1	PA NSO; NM
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	1	PA NSO; NM
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NM; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
erlotinib oral tablet 100 mg (Tarceva)	1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
erlotinib oral tablet 150 mg (Tarceva)	1	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
erlotinib oral tablet 25 mg	1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	
etoposide intravenous solution 20 mg/ml	1	
everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg (Torpenz)	1	PA NSO; NM; QL (56 per 28 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg (Torpenz)	1	PA NSO; NM; QL (28 per 28 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg (Afinitor Disperz)	1	PA NSO; NM; QL (112 per 28 days)
exemestane oral tablet 25 mg (Aromasin)	1	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	1	PA BvD; NM

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	1	PA BvD
floxuridine injection recon soln 0.5 gram	1	PA BvD
fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml	1	PA BvD
flutamide oral capsule 125 mg (Eulexin)	1	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	1	PA NSO; NM; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; NM; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA NSO; NM; QL (21 per 28 days)
fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml (Faslodex)	1	NM
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	1	PA NSO; NM
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
gefitinib oral tablet 250 mg (Iressa)	1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg	1	PA BvD
gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)	1	PA BvD
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG (lomustine)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG (lomustine)	1	NM
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	1	PA NSO; NM; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM
hydroxyurea oral capsule 500 mg (Hydrea)	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; NM; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; NM; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
ifosfamide intravenous recon soln 1 gram (Ifex)	1	
ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml	1	
imatinib oral tablet 100 mg (Gleevec)	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
imatinib oral tablet 400 mg (Gleevec)	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA NSO; NM; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	1	PA NSO; NM; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	1	PA NSO; NM; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	1	PA NSO; NM

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NM
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	1	PA NSO; NM; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml (Camptosar)	1	
irinotecan intravenous solution 500 mg/25 ml	1	
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	1	PA NSO; NM; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO; NM
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	1	PA BvD; ST
KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; QL (8 per 21 days)
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	1	PA NSO; NM; QL (2 per 28 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	1	PA NSO; NM; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	1	PA NSO; NM; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	1	PA NSO; NM; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA NSO; NM; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	1	PA NSO; NM; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	1	PA NSO; NM; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA NSO; NM; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
lapatinib oral tablet 250 mg (Tykerb)	1	PA NSO; NM
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg (Revlimid)	1	PA NSO; NM; QL (28 per 28 days)

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

01/01/2025

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)	1	PA NSO; NM
letrozole oral tablet 2.5 mg (Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	1	NM
leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg	1	PA NSO
leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml	1	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	1	PA NSO; NM; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	1	PA NSO; NM; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	1	PA NSO; NM
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; NM; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	1	PA NSO; NM

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	1	PA NSO; NM
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	1	PA NSO; NM
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	1	PA NSO; NM
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	1	PA NSO; NM
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	1	NM
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	1	PA NSO; NM; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	1	NM
megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg	1	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	1	PA NSO; NM; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	1	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
mercaptopurine oral tablet 50 mg	1	

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	1	PA NSO; NM
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	1	PA NSO; NM
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	1	
oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)	1	
paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml	1	PA BvD
paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg (Abraxane)	1	PA BvD; NM
pazopanib oral tablet 200 mg (Votrient)	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg	1	NM
pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml	1	NM

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pemetrexed intravenous recon soln 100 mg, 500 mg	1	NM
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	NM
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA NSO; NM; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	1	PA NSO; NM; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; NM; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	1	NM
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	1	PA NSO; NM
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	1	PA NSO; NM; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO; NM
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	1	PA NSO; NM
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	1	NM
sorafenib oral tablet 200 mg (Nexavar)	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (dasatinib)	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG (dasatinib)	1	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; QL (84 per 28 days)
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg (Sutent)	1	PA NSO; NM; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	1	PA NSO; NM

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	1	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	1	PA NSO; NM; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	PA NSO; NM; LA; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	1	PA NSO; NM
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg	1	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; QL (240 per 30 days)
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	1	PA NSO; NM
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	1	PA NSO; NM
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG		1	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG		1	PA NSO; NM; QL (5 per 21 days)
toposar intravenous solution 20 mg/ml	(etoposide)	1	
toremifene oral tablet 60 mg	(Fareston)	1	NM
torpenz oral tablet 10 mg	(everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	(everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG		1	PA NSO; NM
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		1	PA NSO
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg		1	NM
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG		1	PA NSO; NM; QL (64 per 28 days)
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3)		1	PA NSO; NM
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		1	PA NSO; NM
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG		1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG		1	PA NSO; NM; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG		1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	1	PA NSO; NM
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; LA; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; LA; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	1	PA NSO; NM; LA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; QL (56 per 28 days)
vinblastine intravenous solution 1 mg/ml	1	PA BvD
vincasar pfs intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml (vincristine)	1	PA BvD
vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml (Vincasar PFS)	1	PA BvD
vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml	1	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NM; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	1	PA NSO; NM

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
alprazolam oral tablet 2 mg	(Xanax)	1	QL (150 per 30 days)
alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	(Xanax XR)	1	QL (120 per 30 days)
alprazolam oral tablet extended release 24 hr 3 mg	(Xanax XR)	1	QL (90 per 30 days)
chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg		1	QL (120 per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	(Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg		1	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg		1	QL (300 per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg		1	QL (180 per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml		1	QL (10 per 28 days)
diazepam injection syringe 5 mg/ml		1	
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	(diazepam)	1	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)		1	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Valium)	1	QL (120 per 30 days)
estazolam oral tablet 1 mg		1	QL (60 per 30 days)
estazolam oral tablet 2 mg		1	QL (30 per 30 days)
flurazepam oral capsule 15 mg		1	QL (60 per 30 days)
flurazepam oral capsule 30 mg		1	QL (30 per 30 days)
lorazepam 2 mg/ml oral concent	(Lorazepam Intensol)	1	QL (150 per 30 days)
lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml	(Ativan)	1	QL (2 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lorazepam injection syringe 2 mg/ml		1	QL (2 per 30 days)
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml	(lorazepam)	1	QL (150 per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Ativan)	1	QL (90 per 30 days)
lorazepam oral tablet 2 mg	(Ativan)	1	QL (150 per 30 days)
oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg		1	QL (120 per 30 days)
temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg	(Restoril)	1	QL (30 per 30 days)
temazepam oral capsule 7.5 mg	(Restoril)	1	QL (120 per 30 days)
triazolam oral tablet 0.125 mg		1	QL (120 per 30 days)
triazolam oral tablet 0.25 mg	(Halcion)	1	QL (60 per 30 days)
Agentes Antidemencia			
Agentes Antidemencia			
donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg	(Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg		1	
donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg		1	QL (30 per 30 days)
ergoloid oral tablet 1 mg		1	
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg		1	QL (30 per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml		1	QL (200 per 30 days)
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg		1	QL (60 per 30 days)
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	(Namenda XR)	1	ST; QL (30 per 30 days)
memantine oral solution 2 mg/ml		1	QL (300 per 30 days)
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg		1	QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	1	ST
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	1	
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour (Exelon Patch)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Precose)	1	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	1	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	1	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	1	QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	1	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
metformin oral solution 500 mg/5 ml (Riomet)	1	QL (765 per 30 days)
metformin oral tablet 1,000 mg	1	QL (75 per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg	1	QL (150 per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg	1	QL (90 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	1	QL (120 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	1	QL (60 per 30 days)
mifepristone oral tablet 300 mg (Korlym)	1	PA; NM; QL (112 per 28 days)
miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	QL (90 per 30 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	1	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)	1	PA; QL (3 per 28 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg (Actos)	1	QL (30 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg	1	QL (90 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg (Actoplus MET)	1	QL (90 per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	1	QL (120 per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg	1	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	1	PA; NM; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	1	PA; NM; 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	1	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	1	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	1	QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)	(Novolog Mix 70-30 U-100 Insuln)	1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml	(Novolog PenFill U-100 Insulin)	1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)	(Novolog FlexPen U-100 Insulin)	1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml	(Novolog U-100 Insulin aspart)	1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine)	1	max $35 copay per month supply
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine)	1	max $35 copay per month supply
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)		1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)		1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		1	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine-yfgn)	1	max $35 copay per month supply
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine-yfgn)	1	max $35 copay per month supply
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML		1	max $35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	1	max $35 copay per month supply
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	1	max $35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin degludec)	1	max $35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML)	(insulin degludec)	1	max $35 copay per month supply
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin degludec)	1	max $35 copay per month supply
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)		1	max $35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas			
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg		1	QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg		1	QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
glipizide oral tablet 10 mg		1	QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 2.5 mg		1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg		1	QL (240 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	(Glucotrol XL)	1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg	(Glucotrol XL)	1	QL (30 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg		1	QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg		1	QL (120 per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg		1	
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg		1	
Agentes Antigota			
Agentes Antigota, Otros			
allopurinol oral tablet 100 mg	(Zyloprim)	1	
allopurinol oral tablet 300 mg		1	
colchicine oral capsule 0.6 mg	(Mitigare)	1	QL (60 per 30 days)
colchicine oral tablet 0.6 mg	(Colcrys)	1	QL (120 per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	(Uloric)	1	ST; QL (30 per 30 days)
probenecid oral tablet 500 mg		1	
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg		1	

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	(Mepron)	1	
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg	(Malarone)	1	
atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg	(Malarone Pediatric)	1	
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		1	
hydroxychloroquine oral tablet 100 mg		1	QL (180 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	(Plaquenil)	1	QL (90 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 300 mg	(Sovuna)	1	QL (60 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 400 mg		1	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG		1	PA; NM; QL (84 per 28 days)
ivermectin oral tablet 3 mg	(Stromectol)	1	
mefloquine oral tablet 250 mg		1	
nitazoxanide oral tablet 500 mg	(Alinia)	1	NM; QL (60 per 30 days)
paromomycin oral capsule 250 mg	(Humatin)	1	
pentamidine inhalation recon soln 300 mg	(Nebupent)	1	PA BvD
pentamidine injection recon soln 300 mg	(Pentam)	1	
praziquantel oral tablet 600 mg	(Biltricide)	1	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)		1	
pyrimethamine oral tablet 25 mg	(Daraprim)	1	PA; NM

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
quinine sulfate oral capsule 324 mg	(Qualaquin)	1	PA
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
Agentes Antiparkinson			
Agentes Antiparkinson			
amantadine hcl oral capsule 100 mg		1	
amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml		1	
amantadine hcl oral tablet 100 mg		1	
apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml	(APOKYN)	1	PA; NM; QL (60 per 30 days)
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		1	
bromocriptine oral capsule 5 mg	(Parlodel)	1	
bromocriptine oral tablet 2.5 mg	(Parlodel)	1	
cabergoline oral tablet 0.5 mg		1	
carbidopa oral tablet 25 mg	(Lodosyn)	1	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg	(Sinemet)	1	
carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg	(Dhivy)	1	
carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg		1	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg		1	
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg		1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	1	
entacapone oral tablet 200 mg	1	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	1	PA; NM; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; NM; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	1	PA; NM
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	1	ST; QL (30 per 30 days)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	1	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)	1	ST
pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	1	
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Azilect)	1	
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	1	
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg	1	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
selegiline hcl oral tablet 5 mg	1	
trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml	1	
trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg	1	
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	1	NM; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	1	NM; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	1	NM; QL (1 per 26 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	1	NM; QL (1 per 26 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	1	
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg (Abilify)	1	
aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg	1	ST; QL (90 per 30 days)
aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg	1	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	1	NM; QL (4.8 per 365 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	1	NM; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	1	NM; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	1	NM; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	1	NM; QL (3.2 per 14 days)
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Saphris)	1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	1	ST; NM; QL (30 per 30 days)
chlorpromazine injection solution 25 mg/ml	1	
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	1	
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Clozaril)	1	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	1	ST; QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	1	ST; QL (180 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	1	ST; QL (120 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	ST; NM; QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	1	ST
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	1	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	1	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	1	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	1	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)	1	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml (Haldol Decanoate)	1	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	1	
haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml	1	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	1	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	1	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	1	NM; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	1	NM; QL (5 per 166 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	1	NM; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	1	NM; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	1	NM; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	NM; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	1	NM; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	1	NM; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	1	NM; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	1	NM; QL (2.63 per 70 days)
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	1	
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg (Latuda)	1	QL (30 per 30 days)
lurasidone oral tablet 80 mg (Latuda)	1	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
molindone oral tablet 10 mg		1	QL (240 per 30 days)
molindone oral tablet 25 mg		1	QL (270 per 30 days)
molindone oral tablet 5 mg		1	NM; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		1	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
olanzapine intramuscular recon soln 10 mg	(Zyprexa)	1	QL (30 per 30 days)
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Zyprexa)	1	
olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	(Zyprexa Zydis)	1	
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg		1	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg	(Invega)	1	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	(Invega)	1	QL (60 per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg		1	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG		1	NM; QL (1 per 30 days)
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg		1	
prochlorperazine 10 mg/2 ml vl outer 10 mg/2 ml (5 mg/ml)		1	
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel)	1	
quetiapine oral tablet 150 mg		1	QL (30 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel XR)	1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		1	ST; NM; QL (30 per 30 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml	(Risperdal Consta)	1	QL (2 per 28 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml	(Risperdal Consta)	1	NM; QL (2 per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	(Risperdal)	1	
risperidone oral tablet 0.25 mg		1	
risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Risperdal)	1	
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg		1	
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR		1	ST; NM; QL (30 per 30 days)
thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		1	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		1	
trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		1	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML		1	NM; QL (0.28 per 28 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	1	NM; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	1	NM; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	1	NM; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	1	NM; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	1	NM; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	1	NM; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	ST; NM; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	1	ST; NM; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	1	ST
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg (Geodon)	1	
ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.) (Geodon)	1	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	1	QL (2 per 28 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	1	NM; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	1	NM; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	1	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	1	PA BvD

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	1	PA BvD
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution	1	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %	1	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	1	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	PA BvD

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %		1	PA BvD
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %		1	PA BvD
Agentes Cardiovasculares			
Agentes Alfa-Adrenérgicos			
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg		1	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr	(Catapres-TTS-1)	1	
clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr	(Catapres-TTS-2)	1	
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr	(Catapres-TTS-3)	1	
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Cardura)	1	
droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Northera)	1	PA; NM; QL (180 per 30 days)
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg		1	
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg		1	
Agentes Antiarritmicos			
amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	(Pacerone)	1	
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	(Norpace)	1	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	(Tikosyn)	1	
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg		1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg	1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	1	
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg (amiodarone)	1	
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg	1	
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	1	
quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg	1	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	1	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg	1	
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Tenormin)	1	
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg (Tenoretic 100)	1	
atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg (Tenoretic 50)	1	
betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg	1	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	1	
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg (Coreg)	1	
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Toprol XL)	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg		1	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg	(Lopressor)	1	
metoprolol tartrate oral tablet 25 mg		1	
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Corgard)	1	
nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Bystolic)	1	
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg		1	
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	(Inderal LA)	1	
propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)		1	
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg		1	
sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	(sotalol)	1	
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(sotalol)	1	
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(Sotalol AF)	1	
sotalol oral tablet 240 mg	(Betapace)	1	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio			
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(diltiazem hcl)	1	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg		1	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg	(Tiadylt ER)	1	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(Cartia XT)	1	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg	(Cardizem)	1	
diltiazem hcl oral tablet 90 mg		1	
diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg	(Cardizem LA)	1	
diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	(Matzim LA)	1	
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	(diltiazem hcl)	1	
matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	(diltiazem hcl)	1	
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	(diltiazem hcl)	1	
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	(diltiazem hcl)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Verelan PM)	1	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg		1	
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg		1	
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg		1	
Agentes Cardiovasculares, Varios			
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML		1	QL (600 per 30 days)
digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)		1	
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	(Digitek)	1	
digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)	(Lanoxin)	1	
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml	(Auvi-Q)	1	QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml	(EpiPen Jr)	1	QL (4 per 30 days)
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		1	
icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	(Sajazir)	1	PA; NM; QL (18 per 30 days)
ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg	(Corlanor)	1	QL (60 per 30 days)
metyrosine oral capsule 250 mg	(Demser)	1	NM
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg		1	QL (60 per 30 days)
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg		1	QL (120 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	(icatibant)	1	PA; NM; QL (18 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML		1	QL (4 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.3 MG/0.3 ML	(epinephrine)	1	QL (4 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		1	PA; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii			
candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	(Atacand)	1	
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	(Atacand HCT)	1	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		1	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG		1	QL (240 per 30 days)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	(Avapro)	1	
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	(Avalide)	1	
losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Cozaar)	1	
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	(Hyzaar)	1	
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Benicar)	1	
olmesartan-amlodipin-hcthiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	(Tribenzor)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	(Benicar HCT)	1	
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Micardis)	1	
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg		1	
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg	(Micardis HCT)	1	
valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg	(Diovan)	1	
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	(Diovan HCT)	1	
Dihidropiridinas			
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Norvasc)	1	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg	(Lotrel)	1	
amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg		1	
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	(Azor)	1	
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	(Exforge)	1	
amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	(Exforge HCT)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg		1	
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML		1	ST; QL (300 per 30 days)
nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg		1	
nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg		1	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg	(Procardia XL)	1	
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg		1	
Dislipidémicos			
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg	(Caduet)	1	
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	(Caduet)	1	QL (30 per 30 days)
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg		1	
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lipitor)	1	QL (30 per 30 days)
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram	(Questran)	1	
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	(cholestyramine-aspartame)	1	
colesevelam oral powder in packet 3.75 gram	(WelChol)	1	
colesevelam oral tablet 625 mg	(WelChol)	1	
colestipol oral packet 5 gram		1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
colestipol oral tablet 1 gram	(Colestid)	1	
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG		1	ST; QL (30 per 30 days)
ezetimibe oral tablet 10 mg	(Zetia)	1	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg	(Vytorin 10-10)	1	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg	(Vytorin 10-20)	1	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg	(Vytorin 10-40)	1	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg	(Vytorin 10-80)	1	QL (30 per 30 days)
fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg		1	
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg	(Tricor)	1	
fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg	(Fenoglide)	1	
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg		1	
fenofibric acid (choline) oral capsule,delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg	(Trilipix)	1	
fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg		1	QL (60 per 30 days)
fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg	(Lescol XL)	1	
gemfibrozil oral tablet 600 mg	(Lopid)	1	
icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram	(Vascepa)	1	QL (240 per 30 days)
icosapent ethyl oral capsule 1 gram	(Vascepa)	1	QL (120 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 5 MG		1	PA; NM; QL (28 per 28 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG		1	PA; NM; QL (56 per 28 days)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		1	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG		1	ST; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG		1	ST; QL (30 per 30 days)
niacin oral tablet 500 mg	(Niacor)	1	
niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg		1	
niacor oral tablet 500 mg	(niacin)	1	
omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram	(Lovaza)	1	ST; QL (120 per 30 days)
pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	(Livalo)	1	QL (30 per 30 days)
pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg		1	
pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg		1	QL (30 per 30 days)
prevalite oral powder in packet 4 gram	(cholestyramine-aspartame)	1	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML		1	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML		1	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML		1	ST; QL (6 per 28 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		1	QL (30 per 30 days)
rosuvastatin oral tablet 40 mg	(Crestor)	1	QL (30 per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Zocor)	1	QL (30 per 30 days)
simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg		1	QL (30 per 30 days)
Diuréticos			
amiloride oral tablet 5 mg		1	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg		1	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		1	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg		1	
furosemide injection solution 10 mg/ml		1	
furosemide injection syringe 10 mg/ml		1	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)		1	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lasix)	1	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg		1	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg		1	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG		1	PA; NM; QL (120 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JYNARQUE 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)		1	PA; NM; QL (56 per 28 days)
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Aldactone)	1	
spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg		1	
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg		1	
torsemide oral tablet 20 mg	(Soaanz)	1	
triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg		1	
triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg		1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina			
benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Lotensin)	1	
benazepril oral tablet 5 mg		1	
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg	(Lotensin HCT)	1	
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Lotensin HCT)	1	
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg		1	
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	
enalapril maleate oral solution 1 mg/ml	(Epaned)	1	ST; QL (1200 per 30 days)

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona			
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg	(Tekturna)	1	
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	(Inspra)	1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		1	PA; QL (30 per 30 days)
spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml	(CaroSpir)	1	ST; QL (600 per 30 days)
Vasodilatadores			
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg		1	
isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg	(Isordil)	1	
isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg	(Isordil Titradose)	1	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg		1	
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg		1	
isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg	(BiDil)	1	
minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	(nitroglycerin)	1	
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg		1	
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	(Nitrostat)	1	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	(Nitro-Dur)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Lotronex)	1	
balsalazide oral capsule 750 mg	(Colazal)	1	
budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg		1	
budesonide rectal foam 2 mg/actuation	(Uceris)	1	ST
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG		1	ST; NM
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml	(Cortenema)	1	
mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg	(Delzicol)	1	
mesalamine oral capsule, extended release 500 mg	(Pentasa)	1	
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	(Apriso)	1	
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram	(Lialda)	1	QL (120 per 30 days)
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 800 mg		1	
mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml	(Rowasa)	1	
mesalamine rectal suppository 1,000 mg	(Canasa)	1	
sulfasalazine oral tablet 500 mg	(Azulfidine)	1	
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	(Azulfidine EN-tabs)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
alendronate oral solution 70 mg/75 ml		1	QL (300 per 28 days)
alendronate oral tablet 10 mg		1	QL (30 per 30 days)
alendronate oral tablet 35 mg		1	QL (4 per 28 days)
alendronate oral tablet 70 mg	(Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation		1	
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	(Rocaltrol)	1	
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	(Rocaltrol)	1	
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	(Sensipar)	1	QL (60 per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	(Sensipar)	1	NM; QL (120 per 30 days)
doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg		1	
ibandronate oral tablet 150 mg		1	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE		1	PA; NM; QL (2 per 28 days)
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg	(Zemplar)	1	
paricalcitol oral capsule 4 mcg		1	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML		1	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG		1	QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
risedronate oral tablet 150 mg	(Actonel)	1	QL (1 per 28 days)
risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg		1	QL (30 per 30 days)
risedronate oral tablet 35 mg	(Actonel)	1	QL (4 per 28 days)
risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)		1	QL (4 per 28 days)
risedronate oral tablet,delayed release (dr/ec) 35 mg	(Atelvia)	1	QL (4 per 28 days)
teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)		1	PA; NM; QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)		1	PA; NM; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)		1	PA; NM
Agentes De Trastorno De Sueño			
Agentes De Trastorno De Sueño			
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	(Nuvigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG		1	QL (30 per 30 days)
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg	(Lunesta)	1	QL (30 per 30 days)
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML		1	PA; NM; QL (150 per 30 days)
modafinil oral tablet 100 mg	(Provigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	(Provigil)	1	PA; QL (60 per 30 days)
sodium oxybate oral solution 500 mg/ml	(Xyrem)	1	PA; NM; LA; QL (540 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tasimelteon oral capsule 20 mg	(Hetlioz)	1	PA; NM; QL (30 per 30 days)
zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg		1	QL (30 per 30 days)
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg	(Ambien)	1	QL (30 per 30 days)
zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg	(Ambien CR)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central			
Agentes Del Sistema Nervioso Central			
atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	(Strattera)	1	QL (60 per 30 days)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	(Strattera)	1	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG		1	PA; NM; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG		1	PA; NM; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG		1	PA; NM; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG		1	PA; NM; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG		1	PA; NM; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG		1	PA; NM; QL (210 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	1	PA; NM
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; QL (1 per 28 days)
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA; NM; QL (15 per 30 days)
clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg	1	
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg (Ampyra)	1	PA; QL (60 per 30 days)
dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Focalin)	1	QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg (Dexedrine Spansule)	1	QL (120 per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg, 5 mg	1	QL (120 per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg (Zenzedi)	1	QL (180 per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg (Zenzedi)	1	QL (90 per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg (Zenzedi)	1	QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg	(Adderall XR)	1	QL (30 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg	(Adderall XR)	1	QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Adderall)	1	QL (60 per 30 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg	(Tecfidera)	1	PA; NM; QL (14 per 7 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)	(Tecfidera)	1	PA; NM
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg	(Tecfidera)	1	PA; NM; QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML		1	PA; NM
fingolimod oral capsule 0.5 mg	(Gilenya)	1	PA; NM; QL (30 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	(Glatopa)	1	PA; NM; QL (30 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	(Glatopa)	1	PA; NM; QL (12 per 28 days)
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml	(glatiramer)	1	PA; NM; QL (30 per 30 days)
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml	(glatiramer)	1	PA; NM; QL (12 per 28 days)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Intuniv ER)	1	

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG		1	PA; NM
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG		1	PA; NM; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG		1	PA; NM; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)		1	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)		1	PA; NM
metadate er oral tablet extended release 20 mg	(methylphenidate hcl)	1	QL (90 per 30 days)
methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg	(Metadate CD)	1	QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg	(Metadate CD)	1	QL (60 per 30 days)
methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Ritalin LA)	1	QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg	(Ritalin LA)	1	QL (60 per 30 days)
methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg		1	QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	(Methylin)	1	QL (900 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Ritalin)	1	QL (90 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg		1	QL (90 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg	(Metadate ER)	1	QL (90 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg (bx rating), 27 mg (bx rating), 54 mg (bx rating)		1	QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg	(Concerta)	1	QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg	(Concerta)	1	QL (60 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg (bx rating)		1	QL (60 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 72 mg	(Relexxii)	1	QL (30 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML		1	PA; NM; QL (20 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML		1	PA; NM; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML		1	PA; NM
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML		1	PA; NM; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML		1	PA; NM
riluzole oral tablet 50 mg	(Rilutek)	1	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		1	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)		1	
teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg	(Aubagio)	1	PA; NM; QL (30 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg (Xenazine)	1	PA; NM; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	1	PA; NM; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	1	PA BvD
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	1	NM; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA; NM
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml	1	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	1	PA; NM; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	1	PA; NM; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	1	PA; NM; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	1	PA; NM; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; NM; LA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA; NM; LA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; NM; LA; QL (3 per 28 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; LA; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	1	PA; NM; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	1	PA; NM; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	1	PA; NM; QL (112 per 28 days)
pirfenidone oral capsule 267 mg (Esbriet)	1	PA; NM; QL (270 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 267 mg (Esbriet)	1	PA; NM; QL (270 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 534 mg	1	PA; NM; QL (90 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 801 mg (Esbriet)	1	PA; NM; QL (90 per 30 days)
roflumilast oral tablet 250 mcg (Daliresp)	1	QL (28 per 28 days)
roflumilast oral tablet 500 mcg (Daliresp)	1	QL (30 per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	1	PA; NM; 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)	1	PA; NM; 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)	1	PA; NM; QL (84 per 28 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 45 MG (2 PACK), 60 MG, 60 MG (2 PACK)	1	PA; NM; QL (1 per 21 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		1	PA; NM
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG		1	PA; NM
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		1	PA; NM
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	(fluticasone propion-salmeterol)	1	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION		1	QL (32.1 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION		1	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	(fluticasone furoate-vilanterol)	1	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE		1	QL (60 per 30 days)
breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	(budesonide-formoterol)	1	QL (30.9 per 30 days)
budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml	(Pulmicort)	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml	(Pulmicort)	1	PA BvD; QL (60 per 30 days)
budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	(Breyna)	1	QL (30.6 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation		1	QL (12 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation		1	QL (24 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation		1	QL (21.2 per 30 days)
fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	(Wixela Inhub)	1	QL (60 per 30 days)
wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	(fluticasone propion-salmeterol)	1	QL (60 per 30 days)
Antileucotrinos			
montelukast oral tablet 10 mg	(Singulair)	1	
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	(Singulair)	1	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	(Accolate)	1	
Broncodilatadores			
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION		1	QL (32.1 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	(Ventolin HFA)	1	QL (17 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)	1	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)	1	QL (36 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml	1	PA BvD
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml	1	
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	1	
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	1	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	1	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	1	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	1	QL (8 per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	1	PA BvD
ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	1	QL (2 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE		1	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION		1	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION		1	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION		1	QL (4 per 28 days)
terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg		1	
theophylline oral solution 80 mg/15 ml		1	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg		1	
theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg		1	
tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg	(Spiriva with HandiHaler)	1	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG		1	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales			
Agentes Dentales Y Orales			
cevimeline oral capsule 30 mg	(Evoxac)	1	
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	(Periogard)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	(chlorhexidine gluconate)	1	
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	(Salagen (pilocarpine))	1	
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	(Kourzeq)	1	
Agentes Dermatológicos			
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos			
ala-cort topical cream 1 %	(hydrocortisone)	1	
ala-scalp topical lotion 2 %	(hydrocortisone)	1	
alclometasone topical cream 0.05 %		1	
alclometasone topical ointment 0.05 %		1	
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %		1	
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %		1	
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %		1	
betamethasone valerate topical cream 0.1 %		1	
betamethasone valerate topical foam 0.12 %	(Luxiq)	1	
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %		1	
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %		1	
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %		1	
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %		1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %		1	
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	(Diprolene (augmented))	1	
clobetasol scalp solution 0.05 %		1	
clobetasol topical cream 0.05 %		1	
clobetasol topical foam 0.05 %	(Olux)	1	
clobetasol topical gel 0.05 %		1	
clobetasol topical lotion 0.05 %	(Clobex)	1	
clobetasol topical ointment 0.05 %		1	
clobetasol topical shampoo 0.05 %	(Clobex)	1	
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %		1	
clobetasol-emollient topical foam 0.05 %	(Olux-E)	1	
desonide topical cream 0.05 %	(DesOwen)	1	
desonide topical lotion 0.05 %		1	
desonide topical ointment 0.05 %		1	
desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %	(Topicort)	1	QL (120 per 30 days)
desoximetasone topical gel 0.05 %	(Topicort)	1	QL (120 per 30 days)
desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %	(Topicort)	1	
diflorasone topical ointment 0.05 %		1	QL (180 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %		1	
fluocinolone topical cream 0.01 %		1	
fluocinolone topical cream 0.025 %	(Synalar)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fluocinolone topical ointment 0.025 %	(Synalar)	1	
fluocinonide topical cream 0.05 %		1	
fluocinonide topical cream 0.1 %	(Vanos)	1	
fluocinonide topical gel 0.05 %		1	
fluocinonide topical ointment 0.05 %		1	
fluocinonide topical solution 0.05 %		1	
fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %	(Fluocinonide-E)	1	
fluticasone propionate topical cream 0.05 %		1	
fluticasone propionate topical ointment 0.005 %		1	
halobetasol propionate topical cream 0.05 %		1	
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %		1	
hydrocortisone 2.5% cream		1	
hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %		1	QL (120 per 30 days)
hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %	(Locoid)	1	QL (236 per 30 days)
hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %		1	QL (120 per 30 days)
hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %		1	QL (120 per 30 days)
HYDROCORTISONE LOTION CMPLT KT 2 %		1	
hydrocortisone topical cream 1 %	(Ala-Cort)	1	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Procto-Med HC)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HYDROCORTISONE TOPICAL LOTION 2 %	(Ala-Scalp)	1	
hydrocortisone topical lotion 2.5 %		1	
hydrocortisone topical ointment 1 %	(Anti-Itch (HC))	1	
hydrocortisone topical ointment 2.5 %		1	
hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %		1	
hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %		1	
mometasone topical cream 0.1 %		1	
mometasone topical ointment 0.1 %		1	
mometasone topical solution 0.1 %		1	
pimecrolimus topical cream 1 %	(Elidel)	1	QL (100 per 30 days)
procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	1	
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	1	
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	1	
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %		1	QL (100 per 30 days)
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %		1	
triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %, 0.5 %	(Triderm)	1	
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %		1	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %		1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %	(Trianex)	1	
Agentes Dermatológicos, Otros			
accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(isotretinoin)	1	
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg		1	
acyclovir topical cream 5 %	(Zovirax)	1	QL (5 per 4 days)
acyclovir topical ointment 5 %	(Zovirax)	1	QL (30 per 30 days)
ammonium lactate topical cream 12 %		1	
ammonium lactate topical lotion 12 %	(AmLactin)	1	
calcipotriene scalp solution 0.005 %		1	QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical cream 0.005 %		1	QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical ointment 0.005 %		1	QL (120 per 30 days)
fluorouracil topical cream 0.5 %	(Carac)	1	NM
fluorouracil topical cream 5 %	(Efudex)	1	
fluorouracil topical solution 2 %, 5 %		1	
imiquimod topical cream in packet 5 %		1	QL (24 per 30 days)
ISOPROPYL ALCOHOL TOPICAL SWAB 70 %		1	
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %		1	QL (5 per 5 days)
methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg		1	NM
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %		1	NM; QL (60 per 28 days)
penciclovir topical cream 1 %	(Denavir)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
podofilox topical solution 0.5 %		1	
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %		1	PA; NM; QL (30 per 30 days)
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM		1	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %		1	PA NSO; NM
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(isotretinoin)	1	
Antibacterianos Dermatológicos			
clindamycin phosphate topical foam 1 %	(Clindacin)	1	QL (100 per 30 days)
clindamycin phosphate topical solution 1 %		1	QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 %	(Clindacin ETZ)	1	
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %	(Neuac)	1	
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %		1	
ery pads topical swab 2 %	(erythromycin with ethanol)	1	
erythromycin with ethanol topical gel 2 %	(Erygel)	1	
erythromycin with ethanol topical solution 2 %		1	
erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %	(Benzamycin)	1	
gentamicin topical cream 0.1 %		1	QL (90 per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %		1	QL (120 per 30 days)
metronidazole topical cream 0.75 %	(Rosadan)	1	
metronidazole topical gel 0.75 %	(Rosadan)	1	
metronidazole topical gel 1 %	(Metrogel)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
metronidazole topical lotion 0.75 %	(MetroLotion)	1	
mupirocin topical ointment 2 %	(Centany)	1	QL (220 per 30 days)
neuac topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %	(clindamycin-benzoyl peroxide)	1	
rosadan topical cream 0.75 %	(metronidazole)	1	
selenium sulfide topical lotion 2.5 %		1	
silver sulfadiazine topical cream 1 %	(SSD)	1	
ssd topical cream 1 %	(silver sulfadiazine)	1	
sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %	(Klaron)	1	
Escabicidas Y Pediculicidas			
malathion topical lotion 0.5 %	(Ovide)	1	
permethrin topical cream 5 %	(Elimite)	1	QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos			
adapalene topical cream 0.1 %	(Differin)	1	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %		1	PA
tazarotene topical cream 0.1 %	(Tazorac)	1	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	(tazarotene)	1	
tretinoin topical cream 0.025 %	(Avita)	1	PA
tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %	(Retin-A)	1	PA
tretinoin topical gel 0.01 %	(Retin-A)	1	PA
tretinoin topical gel 0.025 %	(Avita)	1	PA
tretinoin topical gel 0.05 %	(Atralin)	1	PA

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Gastrointestinales			
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos			
amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg		1	
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml		1	
cimetidine oral tablet 200 mg	(Acid Reducer (cimetidine))	1	
cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg		1	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg	(Acid Reducer (esomeprazole))	1	QL (30 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	(Nexium)	1	QL (60 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg	(Nexium Packet)	1	ST; QL (30 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg	(Nexium Packet)	1	ST; QL (60 per 30 days)
famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)		1	
famotidine oral tablet 20 mg	(Acid Controller)	1	
famotidine oral tablet 40 mg	(Pepcid)	1	
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg	(Acid Reducer (lansoprazole))	1	QL (30 per 30 days)
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	(Prevacid)	1	QL (60 per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	(Cytotec)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg		1	
nizatidine oral solution 150 mg/10 ml		1	
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg		1	
omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram	(Zegerid)	1	ST; NM; QL (30 per 30 days)
omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 40-1.1 mg-gram	(Zegerid)	1	ST; QL (30 per 30 days)
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	(Protonix)	1	QL (30 per 30 days)
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 40 mg	(Protonix)	1	QL (60 per 30 days)
rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	(AcipHex)	1	QL (30 per 30 days)
sucralfate oral tablet 1 gram	(Carafate)	1	
Agentes Gastrointestinales, Otros			
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	(Carbaglu)	1	PA; NM
constulose oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	1	
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	(Gastrocrom)	1	
dicyclomine oral capsule 10 mg		1	
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml		1	
dicyclomine oral tablet 20 mg		1	
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml		1	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	(Lomotil)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
enulose oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	1	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG		1	PA; NM
generlac oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	1	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg	(Robinul)	1	
glycopyrrolate oral tablet 2 mg	(Robinul Forte)	1	
IQIRVO ORAL TABLET 80 MG		1	PA; NM; QL (30 per 30 days)
kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml		1	
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	(Constulose)	1	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		1	QL (30 per 30 days)
LIVDELZI ORAL CAPSULE 10 MG		1	PA; NM; QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM		1	
loperamide oral capsule 2 mg	(Anti-Diarrheal (loperamide))	1	
lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg	(Amitiza)	1	QL (60 per 30 days)
methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg		1	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml		1	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		1	QL (30 per 30 days)
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		1	PA; NM; QL (30 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML		1	PA; NM
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG		1	PA; NM; QL (90 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML		1	PA; NM; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML		1	PA; NM; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML		1	PA; NM; QL (11.2 per 28 days)
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	(Buphenyl)	1	PA; NM
sodium polystyrene sulfonate oral powder		1	
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml		1	
ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg	(Reltone)	1	NM
ursodiol oral capsule 300 mg		1	
ursodiol oral tablet 250 mg		1	
ursodiol oral tablet 500 mg	(URSO Forte)	1	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM		1	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		1	PA; NM; QL (84 per 28 days)
Laxantes			
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML		1	
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram	(peg 3350-electrolytes)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(peg 3350-electrolytes)	1	
gavilyte-n oral recon soln 420 gram	(peg-electrolyte soln)	1	
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(GaviLyte-G)	1	
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	(GaviLyte-N)	1	
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram	(Suprep Bowel Prep Kit)	1	
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)		1	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM		1	
Agentes Genitourinarios			
Agentes Genitourinarios, Varios			
alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg	(Uroxatral)	1	QL (30 per 30 days)
dutasteride oral capsule 0.5 mg	(Avodart)	1	
dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg	(Jalyn)	1	
finasteride oral tablet 5 mg	(Proscar)	1	
tamsulosin oral capsule 0.4 mg	(Flomax)	1	
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		1	
tiopronin oral tablet 100 mg	(Thiola)	1	NM
Antiespasmódicos, Urinario			
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg		1	
fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg	(Toviaz)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
flavoxate oral tablet 100 mg		1	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	(mirabegron)	1	
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml		1	
oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg, 5 mg		1	
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg		1	
solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg	(Vesicare)	1	
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg	(Detrol LA)	1	
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg	(Detrol)	1	
trospium oral capsule,extended release 24hr 60 mg		1	
trospium oral tablet 20 mg		1	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador			
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos			
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	(Euthyrox)	1	
levothyroxine oral tablet 300 mcg	(Levo-T)	1	
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	(Cytomel)	1	
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg		1	
propylthiouracil oral tablet 50 mg		1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Andrógenos			
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg		1	
oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg	(Oxandrin)	1	PA
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml	(Depo-Testosterone)	1	PA
testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)		1	PA
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml		1	PA; QL (5 per 28 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	(Vogelxo)	1	PA; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	(AndroGel)	1	PA; QL (150 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)	(AndroGel)	1	PA; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)		1	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		1	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos			
amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	(estradiol-norethindrone acet)	1	
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	(estradiol)	1	QL (8 per 28 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG		1	
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	(Estrace)	1	
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	(Dotti)	1	QL (8 per 28 days)
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	(Climara)	1	QL (4 per 28 days)
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)	(Estrace)	1	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	(Yuvafem)	1	QL (18 per 28 days)
estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml	(Delestrogen)	1	
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg		1	
estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg	(Mimvey)	1	
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR		1	QL (1 per 84 days)
fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
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	(estradiol)	1	QL (8 per 28 days)
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	(estradiol-norethindrone acet)	1	

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	1	PA BvD
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml	1	PA BvD
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)	1	PA BvD
prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) (Pediapred)	1	PA BvD
prednisone oral solution 5 mg/5 ml	1	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)	1	
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml (Kenalog)	1	
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; NM; QL (35 per 28 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML	1	PA; NM; QL (15 per 30 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 UNIT/ML	1	PA; NM; QL (30 per 30 days)
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; NM; QL (35 per 28 days)
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)	1	
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg (DDAVP)	1	
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	1	PA; NM; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA; NM
lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml (Somatuline Depot)	1	PA NSO; NM; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	1	PA NSO; NM
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	1	PA NSO; NM
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	1	PA; NM
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED)	1	PA; NM
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	1	PA; NM
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	1	PA; NM
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml	1	
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml (Sandostatin)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		1	PA NSO; NM
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG		1	PA; NM; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG		1	PA; NM; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG		1	PA; NM
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)		1	PA; NM; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	(lanreotide)	1	PA NSO; NM; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	(lanreotide)	1	PA NSO; NM; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		1	PA; NM
SYNAREL NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 2 MG/ML		1	PA; NM
Progestinas			
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML		1	QL (0.65 per 84 days)
gallifrey oral tablet 5 mg	(norethindrone acetate)	1	
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	(Depo-Provera)	1	QL (1 per 84 days)
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	(Depo-Provera)	1	QL (1 per 84 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Provera)	1	
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)		1	
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	(Gallifrey)	1	
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	(Prometrium)	1	
Agentes Inmunológicos			
Agentes Inmunológicos			
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML		1	PA; NM
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)		1	PA; NM
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML		1	PA; NM
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG		1	PA; NM
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG	(tacrolimus)	1	PA BvD
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG	(tacrolimus)	1	PA BvD; NM
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG		1	PA; NM
azathioprine oral tablet 50 mg	(Imuran)	1	PA BvD
azathioprine sodium injection recon soln 100 mg		1	PA BvD

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	1	PA; NM; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	1	PA; NM; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	1	PA NSO; NM; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	1	PA; NM
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	1	PA; NM
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; NM
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; NM
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA; NM
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	1	PA; NM
cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml (Sandimmune)	1	PA BvD
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg (Gengraf)	1	PA BvD
cyclosporine modified oral capsule 50 mg	1	PA BvD
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml (Gengraf)	1	PA BvD
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg (Sandimmune)	1	PA BvD

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	1	PA; NM
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	1	PA; NM
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	1	PA; NM
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	1	PA; NM
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg (Zortress)	1	PA BvD; NM
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	1	PA BvD; NM
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	1	PA BvD; NM
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	1	PA BvD; NM
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg (cyclosporine modified)	1	PA BvD

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
gengraf oral solution 100 mg/ml (cyclosporine modified)	1	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; 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	1	PA; NM; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; Only NDCs starting with 00074

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML		1	PA; NM
ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML		1	PA; NM
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG		1	PA; NM
infliximab intravenous recon soln 100 mg	(Remicade)	1	PA; NM
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML		1	PA; NM
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	(Arava)	1	
mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg	(CellCept Intravenous)	1	PA BvD
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	(CellCept)	1	PA BvD
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml	(CellCept)	1	PA BvD; NM
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	(CellCept)	1	PA BvD
mycophenolate sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg	(Myfortic)	1	PA BvD
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG		1	PA BvD; NM
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG		1	PA; NM
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML		1	PA; NM
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML		1	PA; NM

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	1	PA; NM
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	1	PA; NM
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	1	PA BvD; ST
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	1	ST
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA; NM
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	1	NM
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; NM; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA; NM
sirolimus oral solution 1 mg/ml	1	PA BvD; NM
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	1	PA; NM
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; NM

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	1	PA; NM
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	1	PA; NM
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	1	PA; NM
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	1	PA; NM
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	1	PA; NM
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	1	PA; NM
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg (Prograf)	1	PA BvD
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA; NM; QL (180 per 30 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; NM
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; NM
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; NM
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	PA; NM
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	1	PA; NM

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Vacunas		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	1	$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	1	$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG	1	$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	$0 copay

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	1	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	1	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	1	$0 copay
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	1	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	1	PA BvD; $0 copay
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	1	$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML)	1	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	1	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	1	PA BvD; $0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; $0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; $0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	1	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	1	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	1	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	1	$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR (tetanus-diphtheria toxoids-td) SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	1	$0 copay

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	1	$0 copay
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	1	$0 copay
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	1	$0 copay
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	1	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	1	
acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg	1	
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	
bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %	1	QL (2.5 per 25 days)
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 % (Alphagan P)	1	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	1	
brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 % (Combigan)	1	
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 % (Azopt)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %		1	
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %		1	
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml	(Cosopt)	1	
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %	(Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %		1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %		1	QL (2.5 per 25 days)
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg		1	
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %		1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %		1	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %		1	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %		1	
tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %	(Zioptan (PF))	1	QL (30 per 30 days)
timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %		1	
timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %		1	
travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %	(Travatan Z)	1	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %		1	QL (5 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
acetic acid otic (ear) solution 2 %	1	
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram	1	
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram (Polycin)	1	
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	
ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	1	QL (7.5 per 7 days)
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	1	QL (3.5 per 4 days)
gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	
gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)	1	
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	
hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %	1	
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 % (Vigamox)	1	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	1	
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% (Neo-Polycin HC)	1	
neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g (Neo-Polycin)	1	

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %		1	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)		1	
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %		1	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %		1	
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %		1	
XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %		1	PA; NM; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %		1	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %		1	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta			
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	(loteprednol etabonate)	1	ST
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %	(Prolensa)	1	
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %	(BromSite)	1	
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %		1	
cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %	(Restasis)	1	QL (60 per 30 days)
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %		1	
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %		1	

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %		1	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %		1	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios			
apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %		1	
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %	(Isopto Atropine)	1	
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)		1	QL (60 per 30 days)
azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)	(Astepro Allergy)	1	QL (30 per 25 days)
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %		1	
bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %	(Bepreve)	1	ST
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %		1	
epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %		1	
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)		1	QL (30 per 28 days)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)		1	QL (15 per 10 days)
olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %	(Patanase)	1	QL (30.5 per 30 days)
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	1	
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	(Eye Allergy Itch Relief)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	1	PA; NM
betaine oral powder 1 gram/scoop (Cystadane)	1	PA; NM
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	1	
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA; NM
diazoxide oral suspension 50 mg/ml (Proglycem)	1	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	1	
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	1	PA; NM
glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram (Endari)	1	PA; NM; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	1	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	1	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML	1	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	1	
hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 50 mg	1	
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg (Vistaril)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		1	
levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml	(Carnitor)	1	
levocarnitine oral tablet 330 mg	(Carnitor)	1	
levocarnitine sf 1 g/10 ml sol 100 mg/ml	(Carnitor (sugar-free))	1	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG		1	NM
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	(Rectiv)	1	QL (30 per 30 days)
pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml	(Mestinon)	1	
pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg		1	
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	(Mestinon)	1	
pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg	(Mestinon Timespan)	1	
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5 ML (160 MG/ML)		1	PA; NM
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SYRINGE 128 MG/0.8 ML, 160 MG/ML		1	PA; NM
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)		1	PA; NM; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML		1	PA; NM; QL (2 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)		1	PA; NM; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		1	PA NSO; NM; QL (56 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		1	QL (30 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG		1	PA; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE		1	PA; NM; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML		1	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML		1	
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML		1	PA; NM
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML		1	PA; NM
Agentes Vasodilatadores			
Agentes Vasodilatadores			
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		1	PA; NM; QL (90 per 30 days)
alyq oral tablet 20 mg	(tadalafil (pulm. hypertension))	1	PA; QL (60 per 30 days)
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	(Letairis)	1	PA; NM; QL (30 per 30 days)
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	(Tracleer)	1	PA; NM; LA; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		1	PA; NM; QL (30 per 30 days)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	(Revatio)	1	PA; QL (360 per 30 days)
tadalafil oral tablet 2.5 mg		1	PA
tadalafil oral tablet 5 mg	(Cialis)	1	PA
treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml	(Remodulin)	1	PA; NM

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML)	1	PA; NM
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	1	PA; NM; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	1	PA; NM; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	1	PA; NM; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	1	PA; NM
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg (Celebrex)	1	QL (60 per 30 days)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	1	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg	1	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg	1	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 50 mg	1	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 75 mg	1	QL (60 per 30 days)
diclofenac sodium topical drops 1.5 %	1	QL (300 per 30 days)
diclofenac sodium topical gel 1 % (Aleve (diclofenac))	1	QL (1000 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
diclofenac sodium topical gel 3 %		1	PA; QL (100 per 28 days)
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)	(Pennsaid)	1	PA; NM; QL (224 per 28 days)
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg	(Arthrotec 50)	1	
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg	(Arthrotec 75)	1	
diflunisal oral tablet 500 mg		1	
ec-naproxen dr 500 mg tablet	(naproxen)	1	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg		1	
etodolac oral tablet 400 mg	(Lodine)	1	
etodolac oral tablet 500 mg		1	
fenoprofen oral tablet 600 mg	(Nalfon)	1	
flurbiprofen oral tablet 100 mg		1	
ibu oral tablet 400 mg	(ibuprofen)	1	QL (240 per 30 days)
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg	(ibuprofen)	1	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml	(Children's Advil)	1	
ibuprofen oral tablet 400 mg	(IBU)	1	QL (240 per 30 days)
ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg	(IBU)	1	
ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg	(Duexis)	1	PA; QL (90 per 30 days)
indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg		1	
indomethacin oral capsule, extended release 75 mg		1	
ketoprofen oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 200 mg		1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ketorolac oral tablet 10 mg		1	QL (20 per 30 days)
mefenamic acid oral capsule 250 mg		1	
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg		1	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg		1	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg		1	
naproxen oral tablet 500 mg	(Naprosyn)	1	
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	(EC-Naprosyn)	1	
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	(EC-Naproxen)	1	
piroxicam oral capsule 10 mg		1	
piroxicam oral capsule 20 mg	(Feldene)	1	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg		1	
Analgésicos, Varios			
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml		1	QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg		1	QL (360 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg		1	QL (180 per 30 days)
ascomp with codeine oral capsule 30-50-325-40 mg	(codeine-butalbital-asa-caff)	1	QL (180 per 30 days)
buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour	(Butrans)	1	QL (4 per 28 days)
butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg	(Fioricet with Codeine)	1	QL (180 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg		1	QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg	(Tencon)	1	QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg	(Fioricet)	1	QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg	(Esgic)	1	QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg	(Esgic)	1	QL (180 per 30 days)
butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg		1	QL (180 per 30 days)
butorphanol nasal spray,non-aerosol 10 mg/ml		1	QL (5 per 28 days)
codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg		1	QL (180 per 30 days)
codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg	(Ascomp with Codeine)	1	QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 10-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	1	QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	1	QL (360 per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	1	QL (240 per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg		1	PA; NM; QL (120 per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg		1	PA; QL (120 per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr		1	QL (10 per 30 days)
fioricet oral capsule 50-300-40 mg	(butalbital-acetaminophen-caff)	1	QL (180 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml	1	QL (2700 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg	1	QL (180 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-300 mg, 5-325 mg	1	QL (240 per 30 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg	1	QL (150 per 30 days)
hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml	1	
hydromorphone oral liquid 1 mg/ml (Dilaudid)	1	QL (1200 per 30 days)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg (Dilaudid)	1	QL (180 per 30 days)
methadone oral solution 10 mg/5 ml	1	QL (600 per 30 days)
methadone oral solution 5 mg/5 ml	1	QL (1200 per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg	1	QL (120 per 30 days)
methadone oral tablet 5 mg	1	QL (180 per 30 days)
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)	1	PA; QL (180 per 30 days)
morphine oral solution 10 mg/5 ml	1	QL (700 per 30 days)
morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	1	QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	1	QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	1	QL (120 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg (MS Contin)	1	QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg	(MS Contin)	1	QL (90 per 30 days)
oxycodone oral capsule 5 mg		1	QL (180 per 30 days)
oxycodone oral concentrate 20 mg/ml		1	PA; QL (120 per 30 days)
oxycodone oral solution 5 mg/5 ml		1	QL (1300 per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg		1	QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg	(Roxicodone)	1	QL (120 per 30 days)
oxycodone oral tablet 20 mg		1	QL (120 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	(Endocet)	1	QL (180 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(Endocet)	1	QL (360 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	(Endocet)	1	QL (240 per 30 days)
oxymorphone oral tablet 10 mg		1	QL (120 per 30 days)
oxymorphone oral tablet 5 mg		1	QL (180 per 30 days)
oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg		1	QL (60 per 30 days)
tencon oral tablet 50-325 mg	(butalbital-acetaminophen)	1	QL (180 per 30 days)
tramadol oral tablet 50 mg		1	QL (240 per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg		1	QL (300 per 30 days)
zebutal oral capsule 50-325-40 mg	(butalbital-acetaminophen-caff)	1	QL (180 per 30 days)
Anestésicos			
Anestesia Local			
dermacinrx lidocan 5% patch outer	(lidocaine)	1	PA; QL (90 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %	(lidocaine hcl)	1	QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %	(Glydo)	1	QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)		1	PA
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	(DermacinRx Lidocan)	1	PA; QL (90 per 30 days)
lidocaine topical ointment 5 %		1	PA; QL (240 per 30 days)
lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %	(lidocaine hcl)	1	
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %		1	PA; QL (30 per 30 days)
lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %	(lidocaine)	1	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %		1	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados			
Antagonistas De Metales Pesados			
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu Sprinkle)	1	PA; NM
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu)	1	PA
deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg	(Exjade)	1	PA
deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg	(Ferriprox)	1	PA; NM
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		1	PA; NM
penicillamine oral tablet 250 mg	(Depen Titratabs)	1	PA; NM

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
trientine oral capsule 250 mg	(Syprine)	1	PA; NM; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	(Cleocin)	1	
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	(Vandazole)	1	
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %		1	
terconazole vaginal suppository 80 mg		1	
Antibacterianos			
Aminoglicósidos			
amikacin injection solution 500 mg/2 ml		1	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML		1	PA; NM; QL (235.2 per 28 days)
gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml		1	
gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml		1	
gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml		1	
neomycin oral tablet 500 mg		1	
streptomycin intramuscular recon soln 1 gram		1	NM
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG		1	NM; QL (224 per 28 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml	(Tobi)	1	PA BvD; NM
tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml	(Bethkis)	1	PA BvD; NM
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml		1	
Antibacteriales, Misceláneos			
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	(Cleocin HCl)	1	
clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml	(clindamycin palmitate hcl)	1	
clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml	(Cleocin)	1	
colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg	(Coly-Mycin M Parenteral)	1	NM
daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg		1	NM
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	(Zyvox)	1	
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	(Zyvox)	1	NM
linezolid oral tablet 600 mg	(Zyvox)	1	
methenamine hippurate oral tablet 1 gram	(Hiprex)	1	
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	(Metro I.V.)	1	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Macrodantin)	1	QL (120 per 30 days)
nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg	(Macrobid)	1	QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit		1	
SYNERCID INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG		1	NM
trimethoprim oral tablet 100 mg		1	
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg		1	
vancomycin oral capsule 125 mg	(Vancocin)	1	QL (56 per 14 days)
vancomycin oral capsule 250 mg	(Vancocin)	1	QL (112 per 14 days)
vancomycin oral recon soln 25 mg/ml	(Firvanq)	1	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		1	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		1	PA; NM; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos			
aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram	(Azactam)	1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML		1	PA; NM; LA
ertapenem injection recon soln 1 gram		1	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg		1	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg	(Primaxin IV)	1	
meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg		1	
Cefalosporinas			
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg		1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg	1	
cefadroxil oral capsule 500 mg	1	
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	1	
cefadroxil oral tablet 1 gram	1	
cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg	1	
cefdinir oral capsule 300 mg	1	
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	1	
cefixime oral capsule 400 mg	1	
cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	1	
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	1	
cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml	1	
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	1	
cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram (Tazicef)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	1	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	1	
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram	1	
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram (ceftazidime)	1	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	1	NM
Macrólidos		
azithromycin intravenous recon soln 500 mg (Zithromax)	1	
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml (Zithromax)	1	
azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg	1	
azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg (Zithromax)	1	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	1	NM; QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	1	NM; QL (20 per 10 days)
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (E.E.S. Granules)	1	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml (EryPed 400)	1	
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
Penicilinas		
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	1	
amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml (Augmentin)	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml (Augmentin ES-600)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg		1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg	(Augmentin)	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg	(Augmentin XR)	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet,chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg		1	
ampicillin oral capsule 500 mg		1	
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg		1	
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram	(Unasyn)	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML		1	
dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg		1	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT		1	
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT		1	
nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram		1	
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit	(Pfizerpen-G)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml		1	
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml		1	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram		1	
Quinolonas			
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg	(Cipro)	1	
ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg		1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml		1	
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml		1	
levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml		1	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg		1	
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag		1	
moxifloxacin oral tablet 400 mg		1	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml	(Avelox in NaCl (iso-osmotic))	1	
Sulfonamidas			
sulfadiazine oral tablet 500 mg		1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml	(Sulfatrim)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg	(Bactrim)	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg	(Bactrim DS)	1	
Tetraciclinas			
demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg		1	
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	(doxycycline hyclate)	1	
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	(Doxy-100)	1	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	(Morgidox)	1	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		1	
doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg	(Acticlate)	1	
doxycycline hyclate oral tablet 50 mg	(Targadox)	1	
doxycycline hyclate oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg		1	
doxycycline hyclate oral tablet,delayed release (dr/ec) 200 mg	(Doryx)	1	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg	(Mondoxyne NL)	1	
doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg		1	QL (60 per 30 days)
doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg	(Monodox)	1	
doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg	(Mondoxyne NL)	1	QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)	(Amethyst (28))	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Iclevia)	1	QL (91 per 84 days)
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Enpresse)	1	
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG		1	
lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
lyleq oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
lyza oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Aurovela Fe 1.5/30 (28))	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Tilia Fe)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(Tri-Lo-Estarylla)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(Tri-Estarylla)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(Estarylla)	1	
norlyda oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)		1	
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		1	
nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		1	
nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg		1	
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg		1	
pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	1	

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	1	
tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg		1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg		1	
vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
Anticonvulsivos			
Anticonvulsivos			
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		1	ST; NM; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG		1	ST; NM; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML		1	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		1	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		1	QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Carbatrol)	1	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml	(Tegretol)	1	
carbamazepine oral tablet 200 mg	(Epitol)	1	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	(Tegretol XR)	1	
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg		1	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	(Onfi)	1	QL (480 per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	(Onfi)	1	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG		1	PA NSO; NM; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG		1	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG		1	PA NSO; NM; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG		1	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg		1	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		1	
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg	(Depakote Sprinkles)	1	
divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg	(Depakote ER)	1	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	(Depakote)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		1	PA NSO; NM
epitol oral tablet 200 mg	(carbamazepine)	1	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML		1	ST
ethosuximide oral capsule 250 mg	(Zarontin)	1	
ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml	(Zarontin)	1	
felbamate oral suspension 600 mg/5 ml		1	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	(Felbatol)	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		1	PA NSO; NM
fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml	(Cerebyx)	1	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		1	ST; NM; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG		1	ST; NM; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG		1	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG		1	ST; NM; QL (60 per 30 days)
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg	(Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
gabapentin oral capsule 400 mg	(Neurontin)	1	QL (270 per 30 days)
gabapentin oral solution 250 mg/5 ml	(Neurontin)	1	QL (2160 per 30 days)
gabapentin oral tablet 600 mg	(Neurontin)	1	QL (180 per 30 days)
gabapentin oral tablet 800 mg	(Neurontin)	1	QL (120 per 30 days)
lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml	(Vimpat)	1	QL (200 per 5 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lacosamide oral solution 10 mg/ml	(Vimpat)	1	QL (1200 per 30 days)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	(Vimpat)	1	QL (60 per 30 days)
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(Subvenite)	1	
lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) -50 mg (7)	(Lamictal ODT Starter (Blue))	1	
lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7)	(Lamictal ODT Starter (Orange))	1	
lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 50 mg (42) -100 mg (14)	(Lamictal ODT Starter (Green))	1	
lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg	(Lamictal XR)	1	
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg	(Lamictal)	1	
lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Lamictal ODT)	1	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml	(Keppra)	1	
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	(Keppra)	1	
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	(Keppra)	1	
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	(Keppra XR)	1	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG		1	QL (10 per 30 days)
methsuximide oral capsule 300 mg	(Celontin)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		1	QL (10 per 30 days)
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	(Trileptal)	1	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	(Trileptal)	1	
phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)		1	
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg		1	
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	(Dilantin-125)	1	
phenytoin oral tablet,chewable 50 mg	(Dilantin Infatabs)	1	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	(Dilantin Extended)	1	
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg	(Phenytek)	1	
phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml		1	
phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml		1	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Lyrica)	1	QL (90 per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	(Lyrica)	1	QL (60 per 30 days)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	(Lyrica)	1	QL (900 per 30 days)
primidone oral tablet 125 mg		1	
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	(Mysoline)	1	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	(Banzel)	1	ST; NM

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
rufinamide oral tablet 200 mg	(Banzel)	1	ST
rufinamide oral tablet 400 mg	(Banzel)	1	ST; NM
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG		1	PA BvD; NM
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG		1	ST
subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(lamotrigine)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG		1	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg		1	
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	(Topamax)	1	
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Topamax)	1	
valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)		1	
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml		1	
valproic acid oral capsule 250 mg		1	
VALTOCO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		1	NM; QL (10 per 30 days)
vigabatrin oral powder in packet 500 mg	(Vigadrone)	1	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
vigabatrin oral tablet 500 mg	(Vigadrone)	1	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
vigadrone oral powder in packet 500 mg	(vigabatrin)	1	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg		1	
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg	(Wellbutrin XL)	1	
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	(Wellbutrin SR)	1	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml		1	
citalopram oral tablet 10 mg	(Celexa)	1	QL (120 per 30 days)
citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg	(Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Anafranil)	1	
desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg	(Norpramin)	1	
desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg		1	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Pristiq)	1	QL (30 per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		1	
doxepin oral concentrate 10 mg/ml		1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG		1	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG		1	ST; QL (30 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg (Cymbalta)	1	QL (60 per 30 days)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	1	QL (30 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	1	ST; NM; QL (30 per 30 days)
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml	1	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg (Lexapro)	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	1	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg (Prozac)	1	
fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	1	
fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1	
imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	1	
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg (Remeron)	1	
mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg	(Remeron SolTab)	1	
nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg		1	
nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Pamelor)	1	
nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml		1	
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml	(Paxil)	1	
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(Paxil)	1	
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	(Paxil CR)	1	
perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg		1	
phenelzine oral tablet 15 mg	(Nardil)	1	
protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg		1	
sertraline oral concentrate 20 mg/ml	(Zoloft)	1	
sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Zoloft)	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)		1	PA NSO; NM
tranylcypromine oral tablet 10 mg	(Parnate)	1	
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg		1	
trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg		1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		1	QL (30 per 30 days)
venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg		1	QL (60 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg	(Effexor XR)	1	QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg	(Effexor XR)	1	QL (90 per 30 days)
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg		1	
venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg		1	QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg		1	QL (90 per 30 days)
vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Viibryd)	1	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG		1	PA NSO; NM; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG		1	PA NSO; NM; QL (14 per 14 days)
Antifúngicos			
Antifúngicos			
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		1	PA BvD
amphotericin b injection recon soln 50 mg		1	PA BvD
amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg	(AmBisome)	1	PA BvD; NM
ciclopirox topical cream 0.77 %	(Ciclodan)	1	QL (180 per 30 days)
ciclopirox topical gel 0.77 %		1	
ciclopirox topical shampoo 1 %		1	
ciclopirox topical solution 8 %	(Ciclodan)	1	QL (19.8 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ciclopirox topical suspension 0.77 %	(Loprox (as olamine))	1	QL (180 per 30 days)
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg		1	
clotrimazole topical cream 1 %	(Antifungal (clotrimazole))	1	
clotrimazole topical solution 1 %		1	
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %		1	QL (90 per 30 days)
clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %		1	
econazole topical cream 1 %		1	QL (170 per 30 days)
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml		1	
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml		1	
fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml	(Diflucan)	1	
fluconazole oral tablet 100 mg, 200 mg	(Diflucan)	1	
fluconazole oral tablet 150 mg, 50 mg		1	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	(Ancobon)	1	NM
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml		1	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg		1	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg		1	
itraconazole oral capsule 100 mg	(Sporanox)	1	
itraconazole oral solution 10 mg/ml	(Sporanox)	1	PA; NM

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ketoconazole oral tablet 200 mg		1	
ketoconazole topical cream 2 %		1	QL (180 per 30 days)
ketoconazole topical foam 2 %	(Extina)	1	ST; QL (100 per 30 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %		1	QL (360 per 30 days)
micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	(Mycamine)	1	
miconazole-3 vaginal suppository 200 mg		1	
NOXAFIL ORAL SUSP,DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG		1	PA; NM
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	(nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml		1	
nystatin oral tablet 500,000 unit		1	
nystatin topical cream 100,000 unit/gram		1	QL (60 per 30 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram		1	QL (60 per 30 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	(Nyamyc)	1	QL (60 per 30 days)
nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%		1	
nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%		1	
nystop topical powder 100,000 unit/gram	(nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	(Noxafil)	1	PA; NM
posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg	(Noxafil)	1	PA; NM

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg (Truvada)	1	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	1	
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg (Intelence)	1	NM
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	1	NM
fosamprenavir oral tablet 700 mg	1	NM
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	1	NM
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	1	NM
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	1	NM
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	1	NM
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	1	NM
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	1	NM
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	1	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	1	NM
lamivudine oral solution 10 mg/ml (Epivir)	1	
lamivudine oral tablet 100 mg	1	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg (Epivir)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg		1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		1	
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml	(Kaletra)	1	QL (480 per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg	(Kaletra)	1	QL (300 per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg	(Kaletra)	1	QL (120 per 30 days)
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg	(Selzentry)	1	NM
nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml		1	QL (1200 per 30 days)
nevirapine oral tablet 200 mg		1	QL (60 per 30 days)
nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg		1	QL (90 per 30 days)
nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg		1	QL (30 per 30 days)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG		1	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML		1	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		1	NM
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		1	NM
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG		1	NM
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		1	NM
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG		1	NM

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	1	NM
rilpivirine intramuscular suspension,extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)	1	NM
ritonavir oral tablet 100 mg (Norvir)	1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	1	NM
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	NM
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	1	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	1	NM
stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	1	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	1	NM
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	1	NM
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	1	PA BvD; NM
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	1	NM
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	1	NM
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg (Viread)	1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	1	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	1	NM

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG		1	NM
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		1	NM; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG		1	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG		1	NM
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)		1	NM
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		1	ST; NM; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		1	NM
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)		1	NM
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		1	NM
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG		1	
zidovudine oral capsule 100 mg	(Retrovir)	1	
zidovudine oral syrup 10 mg/ml	(Retrovir)	1	
zidovudine oral tablet 300 mg		1	
Antivirales Hcv			
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG		1	PA; NM; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG		1	PA; NM; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG		1	PA; NM; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	(sofosbuvir-velpatasvir)	1	PA; NM; QL (28 per 28 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	1	PA; NM; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	1	PA; NM; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	1	PA; NM; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (ledipasvir-sofosbuvir)	1	PA; NM; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	1	PA; NM; QL (84 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	1	PA; NM; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	1	PA; NM
oseltamivir oral capsule 30 mg (Tamiflu)	1	QL (84 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg (Tamiflu)	1	QL (48 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 75 mg (Tamiflu)	1	QL (42 per 180 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml (Tamiflu)	1	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG	1	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	1	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	1	PA; NM; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	1	QL (60 per 180 days)
rimantadine oral tablet 100 mg (Flumadine)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Interferones			
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)		1	NM
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		1	PA; NM
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML		1	PA; NM
Nucleósidos Y Nucleótidos			
acyclovir oral capsule 200 mg		1	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml	(Zovirax)	1	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg		1	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml		1	PA BvD
adefovir oral tablet 10 mg	(Hepsera)	1	
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Baraclude)	1	
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg		1	
lagevrio (eua) oral capsule 200 mg		1	QL (40 per 5 days)
ribavirin oral capsule 200 mg		1	
ribavirin oral tablet 200 mg		1	
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg	(Valtrex)	1	
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml	(Valcyte)	1	NM
valganciclovir oral tablet 450 mg	(Valcyte)	1	
Dispositivos			
Dispositivos			
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "		1	PA; ST
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"		1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"		1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"		1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE	(insulin syringe needleless)	1	PA; ST
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	(Easy Touch Luer Lock Insulin)	1	PA; ST
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"		1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16		1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "		1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "		1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	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"		1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		1	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		1	
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(UltiCare Insuln Syr(half unit))	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(BD Eclipse Luer-Lok)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	(Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(Monoject Syringe)	1	PA; ST
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES	(alcohol swabs)	1	PA; ST
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "		1	PA; ST
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE		1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(CareFine Pen Needle)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(BD Ultra-Fine Micro Pen Needle)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	1	PA; ST

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
NOVOFINE 30 NEEDLE		1	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		1	PA; ST
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"		1	PA; ST
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (1 per 365 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)		1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)		1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"	(Embrace Pen Needle)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	(CareFine Pen Needle)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	(1st Tier Unifine Pentips Plus)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"		1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort Touch Pen Needle)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"		1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(BD Veo Insulin Syringe UF)	1	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(BD Veo Insulin Syringe UF)	1	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(BD Veo Insulin Syringe UF)	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 29	(Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"		1	PA; ST
RELION MINI PEN 31G X 1/4" NDL 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
RELION NEEDLES NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
RELION PEN NEEDLES NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "		1	PA; ST
V-GO 20 DEVICE		1	QL (30 per 30 days)
V-GO 30 DEVICE		1	QL (30 per 30 days)

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq		1	
potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml		1	
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq	(Klor-Con 10)	1	
potassium chloride oral tablet extended release 20 meq	(K-Tab)	1	
potassium chloride oral tablet extended release 8 meq	(Klor-Con 8)	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq	(Klor-Con M10)	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq	(Klor-Con M15)	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq	(Klor-Con M20)	1	
potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l		1	
potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)	(Urocit-K 10)	1	
potassium citrate oral tablet extended release 15 meq	(Urocit-K 15)	1	
potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)		1	
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %		1	
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution		1	
sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use		1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Productos Sanguíneos/Modificadores/ Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
anagrelide oral capsule 0.5 mg (Agrylin)	1	
anagrelide oral capsule 1 mg	1	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	1	PA; NM; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	1	
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA; NM; QL (60 per 30 days)
tranexamic acid oral tablet 650 mg	1	
Anticoagulantes		
dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg (Pradaxa)	1	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	1	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	1	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	1	QL (74 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml (Lovenox)	1	QL (60 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml (Lovenox)	1	QL (48 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml (Lovenox)	1	QL (18 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml (Lovenox)	1	QL (24 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml (Lovenox)	1	QL (36 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml (Arixtra)	1	NM; QL (24 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml	(Arixtra)	1	QL (15 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml	(Arixtra)	1	NM; QL (12 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml	(Arixtra)	1	NM; QL (18 per 30 days)
heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml		1	
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	(warfarin)	1	
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	(Jantoven)	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)		1	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML		1	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		1	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG		1	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas			
aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg		1	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG		1	
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg		1	
clopidogrel oral tablet 75 mg	(Plavix)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg	1	
pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg	1	
prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg (Effient)	1	QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	1	PA; NM; QL (60 per 30 days)
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	1	PA; NM
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; NM; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; NM; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; NM; QL (60 per 30 days)
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	1	PA; NM; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	1	PA; NM; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	1	PA; NM
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	1	PA; NM
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA; NM

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	1	PA; NM; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	1	PA; NM; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	1	PA; NM; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	1	PA; NM; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	1	PA; NM; QL (60 per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	1	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	1	PA; QL (4 per 28 days)
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML	1	PA; NM
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA; NM
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	1	PA; NM

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

01/01/2025

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		1	
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG		1	PA; NM; QL (14 per 28 days)
javygtor oral tablet,soluble 100 mg	(sapropterin)	1	PA; NM
miglustat oral capsule 100 mg	(Yargesa)	1	PA; NM; QL (90 per 30 days)
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	(Orfadin)	1	PA; NM
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML		1	PA; NM
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML		1	PA; NM
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		1	PA BvD; NM
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)		1	PA; NM
sapropterin oral tablet,soluble 100 mg	(Javygtor)	1	PA; NM
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML		1	PA; NM; LA
yargesa oral capsule 100 mg	(miglustat)	1	PA; NM; QL (90 per 30 days)

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

01/01/2025

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	1	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	1	
chlorzoxazone oral tablet 500 mg	1	
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg	1	
dantrolene oral capsule 25 mg (Dantrium)	1	
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	1	
tizanidine oral tablet 2 mg	1	
tizanidine oral tablet 4 mg (Zanaflex)	1	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
bal-care dha combo pack 27-1-430 mg	1	
bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg	1	
completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg	1	
folivane-ob capsule 85-1 mg	1	
kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg	1	
marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg	1	
m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg	1	
mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg	1	
mynatal oral tablet 90-1-50 mg	1	
mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg	1	
mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg	1	
mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg	1	
newgen tablet 32-1,000 mg-mcg	1	
niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg	1	
obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe	1	
obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg	1	
o-cal prenatal tablet 15 mg iron-1,000 mcg	1	
pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg		1	
pnv-omega softgel 28-1-300 mg		1	
pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg		1	
pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg		1	
pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg		1	
pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg		1	
prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg		1	
prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg		1	
prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg		1	
prenatabs fa tablet 29-1 mg		1	
prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg		1	
prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg		1	
prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg		1	
prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	1	
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
prenatal-u capsule 106.5-1 mg		1	
preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg	1	
r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg	1	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	1	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	1	
se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg	1	
taron-c dha capsule 35-1-200 mg	1	
taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg	1	
triveen-duo dha oral combo pack 29-1-400 mg	1	
vinate care oral tablet,chewable 40 mg iron- 1 mg	1	
virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg	1	
virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg	1	
virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg	1	
virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg	1	
vitafol gummies 3.33 mg iron-0.33 mg	1	
vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg	1	
vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg	1	
vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg	1	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron- 1 mg-200 mg	1	
zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg	1	
zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg	1	
zingiber tablet 1.2 mg-40 mg-124.1 mg-100 mg	1	

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

01/01/2025

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

01/01/2025

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 167, 168
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 168
abacavir 160
abacavir-lamivudine 160
ABELCET 156
ABILIFY ASIMTUFII 39
ABILIFY MAINTENA 39
abiraterone 3
ABOUTTIME PEN NEEDLE 168
ABRYSVO (PF) 103
acamprosate 22
acarbose 26
accutane 81
acebutolol 49
acetaminophen-codeine 121
acetazolamide 109
acetazolamide sodium 109
acetic acid 111
acetylcysteine 71
acitretin 81
ACTEMRA 96
ACTEMRA ACTPEN 96
ACTHAR 93
ACTHAR SELFJECT 93
ACTHIB (PF) 103
ACTIMMUNE 116
acyclovir 81, 167
acyclovir sodium 167
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 103
adapalene 83
adefovir 167
ADEMPAS 118
adrucil 3
ADVAIR HFA 73
ADVOCATE PEN NEEDLE . 169
ADVOCATE SYRINGES 168, 169
afirmelle 135
AIRSUPRA 73, 74
AJOVY AUTOINJECTOR 33
AJOVY SYRINGE 33
AKEEGA 3
ala-cort 77
ala-scalp 77
albendazole 35
albuterol sulfate 74, 75
alclometasone 77
ALCOHOL PADS 169
ALCOHOL PREP PADS 191
ALCOHOL PREP SWABS .. 169
ALCOHOL SWABS 169
ALCOHOL WIPES 169
ALECENSA 3
alendronate 63
alfuzosin 88
aliskiren 61
allopurinol 32
alosetron 62
alprazolam 23, 24
ALREX 113
altavera (28) 135
ALTRENO 83
ALUNBRIG 3
ALVAIZ 222
alyacen 1/35 (28) 135
alyacen 7/7/7 (28) 135
alyq 118
amabelz 90
amantadine hcl 37
ambrisentan 118
amethia 135
amethyst (28) 135
amikacin 126
amiloride 58
amiloride-hydrochlorothiazide 58
amiodarone 48
amitriptyline 152
amitriptyline-chlordiazepoxide 152
amlodipine 54
amlodipine-atorvastatin 55
amlodipine-benazepril 54
amlodipine-olmesartan 54
amlodipine-valsartan 54
amlodipine-valsartan-hcthiazid 54
ammonium lactate 81
amoxapine 152
amoxicil-clarithromy-lansopraz 84
amoxicillin 131
amoxicillin-pot clavulanate 131, 132
amphotericin b 156
amphotericin b liposome 156
ampicillin 132
ampicillin sodium 132
ampicillin-sulbactam 132
anagrelide 220
anastrozole 3
ANKTIVA 3
ANORO ELLIPTA 75
apomorphine 37
apraclonidine 115
aprepitant 34
APRETUDE 160
apri 135
APTIOM 146
APTIVUS 160
AQINJECT PEN NEEDLE ... 169

aranelle (28) 135
ARCALYST 96
AREXVY (PF) 103
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 103
ARIKAYCE 126
aripiprazole 39
ARISTADA 40
ARISTADA INITIO 39
armodafinil 64
ARNUITY ELLIPTA 73
ascomp with codeine 121
asenapine maleate 40
ashlyna 136
aspirin-dipyridamole 221
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL 169
ASSURE ID DUO-SHIELD .. 170
ASSURE ID INSULIN SAFETY 170
ASSURE ID PEN NEEDLE . 170
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 170
ASTAGRAF XL 96
atazanavir 160
atenolol 49
atenolol-chlorthalidone 49
atomoxetine 65
atorvastatin 55
atovaquone 36
atovaquone-proguanil 36
atropine 115
ATROVENT HFA 75
aubra eq 136
AUGTYRO 3
aurovela 1.5/30 (21) 136
aurovela 1/20 (21) 136
aurovela 24 fe 136
aurovela fe 1.5/30 (28) 136
aurovela fe 1-20 (28) 136
AUSTEDO 65
AUSTEDO XR 65
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 66
AUVELITY 152
aviane 136
AVONEX 66
AVSOLA 96
ayuna 136
AYVAKIT 3
azacitidine 3
azathioprine 96
azathioprine sodium 96
azelastine 115
azithromycin 130
aztreonam 128
azurette (28) 136
bacitracin 111
bacitracin-polymyxin b 111
baclofen 225
bal-care dha 225
bal-care dha essential 225
balsalazide 62
BALVERSA 3
balziva (28) 136
BCG VACCINE, LIVE (PF) .. 103
BD ALCOHOL SWABS 172
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 170
BD ECLIPSE LUER-LOK 170
BD INSULIN SYRINGE 171
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 170
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 171
BD INSULIN SYRINGE U-500 171
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 171
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 171
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 171, 172
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 172
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 172
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 172
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 172
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 172
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 172
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 172
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 172
BELSOMRA 64
benazepril 59
benazepril-hydrochlorothiazide 59
bendamustine 4
BENDAMUSTINE 4
BENDEKA 4
BENLYSTA 97
benztropine 37
bepotastine besilate 115
BESREMI 97
betaine 116
betamethasone dipropionate . 77
betamethasone valerate 77
betamethasone, augmented 77, 78
BETASERON 66
betaxolol 49, 109
bethanechol chloride 88
bexarotene 4

BEXSERO 103
bicalutamide 4
BICILLIN L-A 132
BIKTARVY 160
bimatoprost 109
bisoprolol fumarate 49
bisoprolol-hydrochlorothiazide 49
bleomycin 4
blisovi 24 fe 136
blisovi fe 1.5/30 (28) 136
blisovi fe 1/20 (28) 136
BOOSTRIX TDAP 103
BORDERED GAUZE 173
bortezomib 4
bosentan 118
BOSULIF 4
BRAFTOVI 4
BREO ELLIPTA 73
breyna 73
BREZTRI AEROSPHERE 75
briellyn 136
BRILINTA 221
brimonidine 109
brimonidine-timolol 109
brinzolamide 109
BRIVIACT 146
bromfenac 113
bromocriptine 37
BRONCHITOL 71
BRUKINSA 4
budesonide 62, 73, 74
budesonide-formoterol 74
bumetanide 58
buprenorphine 121
buprenorphine hcl 22
buprenorphine-naloxone . 22, 23
bupropion hcl 153
bupropion hcl (smoking deter) 23
buspirone 116
butalbital-acetaminop-caf-cod 121, 122
butalbital-acetaminophen 122
butalbital-acetaminophen-caff 122
butalbital-aspirin-caffeine 122
butorphanol 122
CABENUVA 160
cabergoline 37
CABLIVI 220
CABOMETYX 4
cabotegravir 161
calcipotriene 81
calcitonin (salmon) 63
calcitriol 63
CALQUENCE 5
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 4
camila 136
candesartan 53
candesartan-hydrochlorothiazid 53
CAPLYTA 40
CAPRELSA 5
captopril 59
carbamazepine 147
carbidopa 37
carbidopa-levodopa 37
carbidopa-levodopa-entacapone 38
carbinoxamine maleate 159
carboplatin 5
CAREFINE PEN NEEDLE .. 173
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 173
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 173, 174
CARETOUCH PEN NEEDLE 173
carglumic acid 85
carteolol 110
cartia xt 51
carvedilol 49
CAYSTON 128
cefaclor 128, 129
cefadroxil 129
cefazolin 129
cefdinir 129
cefepime 129
cefixime 129
cefoxitin 129
cefpodoxime 129
cefprozil 129
ceftazidime 129
ceftriaxone 130
cefuroxime axetil 130
cefuroxime sodium 130
celecoxib 119
cephalexin 130
CERDELGA 223
cevimeline 76
chateal eq (28) 136
chlordiazepoxide hcl 24
chlorhexidine gluconate 76
chloroquine phosphate 36
chlorpromazine 40
chlorthalidone 58
chlorzoxazone 225
cholestyramine (with sugar) .. 55
cholestyramine light 55
ciclopirox 156, 157
cilostazol 221
CIMDUO 161
cimetidine 84
cimetidine hcl 84
CIMZIA 97
CIMZIA POWDER FOR RECONST 97
cinacalcet 63

CINQAIR 71
CINRYZE 222
ciprofloxacin hcl 111, 133
ciprofloxacin in 5 % dextrose 133
ciprofloxacin-dexamethasone 111
citalopram 153
cladribine 5
clarithromycin 130, 131
clemastine 159
CLENPIQ 87
CLICKFINE PEN NEEDLE ..174
clindamycin hcl 127
clindamycin pediatric 127
clindamycin phosphate 82, 126, 127
clindamycin-benzoyl peroxide 82
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 46
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 46
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 46
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 46
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 46
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 46
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 46
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 47
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 47
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 47
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 47
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 47
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 47
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 47
clobazam 147
clobetasol 78
clobetasol-emollient 78
clomipramine 153
clonazepam 24
clonidine 48
clonidine hcl 48, 66
clopidogrel 221
clorazepate dipotassium 24
clotrimazole 157
clotrimazole-betamethasone 157
clozapine 40
c-nate dha 226
COARTEM 36
codeine sulfate 122
codeine-butalbital-asa-caff .. 122
colchicine 32
colesevelam 55
colestipol 55, 56
colistin (colistimethate na) ... 127
COMBIVENT RESPIMAT 75
COMETRIQ 5
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 174, 175, 176
COMFORT EZ PEN NEEDLES 175, 176
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL 176
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 177
COMPLERA 161
completenate 226
compro 34
constulose 85
COPIKTRA 5
CORLANOR 52
CORTROPHIN GEL 93
COSENTYX 97, 116
COSENTYX (2 SYRINGES) ..97
COSENTYX PEN (2 PENS) ..97
COSENTYX UNOREADY PEN 97
COTELLIC 5
CREON 224
cromolyn 71, 85, 115
cryselle (28) 137
CURAD GAUZE PAD 177
CURITY ALCOHOL SWABS 177
CURITY GAUZE 177
cyclafem 1/35 (28) 137
cyclafem 7/7/7 (28) 137
cyclobenzaprine 225
cyclophosphamide 5
cyclosporine 97, 113
cyclosporine modified 97
cyproheptadine 159
cyred eq 137
d5 % and 0.9 % sodium chloride 218
d5 %-0.45 % sodium chloride 218
dabigatran etexilate 220
dalfampridine 66
danazol 90
dantrolene 225
DANYELZA 5
dapsone 159
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 104
daptomycin 127

darunavir 161
DARZALEX 6
DARZALEX FASPRO 6
dasatinib 6
dasetta 1/35 (28) 137
dasetta 7/7/7 (28) 137
DAURISMO 6
daysee 137
deblitane 137
decitabine 6
deferasirox 125
deferiprone 125
DELSTRIGO 161
demeclocycline 134
DENGVAXIA (PF) 104
DEPO-SUBQ PROVERA 104 95
DERMACEA 178
DERMACEA NON-WOVEN 178
dermacinrx lidocan 124
DESCOVY 161
desipramine 153
desmopressin 93, 94
desog-e.estradiol/e.estradiol 137
desogestrel-ethinyl estradiol 137
desonide 78
desoximetasone 78
desvenlafaxine succinate 153
dexamethasone 92
dexamethasone sodium phosphate 92, 113
dexmethylphenidate 66
dextroamphetamine sulfate ... 66
dextroamphetamine-amphetamine 67
dextrose 5 % in water (d5w) ..47
DIACOMIT 147
diazepam 24, 147
diazepam intensol 24
diazoxide 116
diclofenac potassium 119
diclofenac sodium 113, 119, 120
diclofenac-misoprostol 120
dicloxacillin 132
dicyclomine 85
didanosine 161
DIFICID 131
diflorasone 78
diflunisal 120
difluprednate 114
digoxin 52
dihydroergotamine 33
DILANTIN 147
diltiazem hcl 51
dilt-xr 51
dimethyl fumarate 67
DIPENTUM 62
diphenoxylate-atropine 85
dipyridamole 222
disopyramide phosphate 48
disulfiram 23
divalproex 147
dofetilide 48
dolishale 137
donepezil 25
DOPTELET (10 TAB PACK) 222
DOPTELET (15 TAB PACK) 222
DOPTELET (30 TAB PACK) 222
dorzolamide 110
dorzolamide-timolol 110
dotti 90
DOVATO 161
doxazosin 48
doxepin 153
doxercalciferol 63
doxorubicin, peg-liposomal 6
doxy-100 134
doxycycline hyclate 134
doxycycline monohydrate 134, 135
DRIZALMA SPRINKLE 153
dronabinol 35
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 178
DROPLET INSULIN SYRINGE 178, 179
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 179
DROPLET PEN NEEDLE 179, 180
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS 180
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 180
DROPSAFE PEN NEEDLE . 181
drospirenone-ethinyl estradiol 137
DROXIA 220
droxidopa 48
DUAVEE 91
duloxetine 154
DUPIXENT PEN 98
DUPIXENT SYRINGE 98
dutasteride 88
dutasteride-tamsulosin 88
EASY COMFORT ALCOHOL PAD 182
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 181, 182
EASY COMFORT PEN NEEDLES 182
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 181
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 182, 183

EASY GLIDE PEN NEEDLE 183
EASY TOUCH 184, 185
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS 183
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 184
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 183
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 183
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 183, 184, 185
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 184
EASY TOUCH PEN NEEDLE 184
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 185, 186
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 183, 184
EASY TOUCH UNI-SLIP 185
ec-naproxen 120
econazole 157
EDURANT 161
efavirenz 161
efavirenz-emtricitabin-tenofov 161
efavirenz-lamivu-tenofov disop 161
EGRIFTA SV 94
ELIGARD 6
ELIGARD (3 MONTH) 6
ELIGARD (4 MONTH) 6
ELIGARD (6 MONTH) 6
elinest 137
ELIQUIS 220
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 220
ELMIRON 116
ELREXFIO 6
eluryng 137
EMBRACE PEN NEEDLE 186
EMCYT 6
EMEND 35
EMGALITY PEN 33
EMGALITY SYRINGE 33
emoquette 137
EMSAM 154
emtricitabine 161
emtricitabine-tenofovir (tdf) 161, 162
EMTRIVA 162
emzahh 138
enalapril maleate 59, 60
enalapril-hydrochlorothiazide 60
ENBREL 98
ENBREL MINI 98
ENBREL SURECLICK 98
endocet 122
ENGERIX-B (PF) 104
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 104
enilloring 138
enoxaparin 220
enpresse 138
enskyce 138
ENSPRYNG 67
entacapone 38
entecavir 167
ENTRESTO 53
ENTRESTO SPRINKLE 53
enulose 86
EPCLUSA 165
EPIDIOLEX 148
epinastine 115
epinephrine 52
epitol 148
EPIVIR HBV 162
EPKINLY 7
eplerenone 61
EPRONTIA 148
ERBITUX 7
ergoloid 25
ERIVEDGE 7
ERLEADA 7
erlotinib 7
errin 138
ertapenem 128
ery pads 82
erythromycin 111, 131
erythromycin ethylsuccinate 131
erythromycin with ethanol 82
erythromycin-benzoyl peroxide 82
escitalopram oxalate 154
esomeprazole magnesium 84
estarylla 138
estazolam 24
estradiol 91
estradiol valerate 91
estradiol-norethindrone acet ..91
eszopiclone 64
ethambutol 159
ethosuximide 148
ethynodiol diac-eth estradiol 138
etodolac 120
etonogestrel-ethinyl estradiol 138
ETOPOPHOS 7
etoposide 7
etravirine 162
EUCRISA 78
everolimus (antineoplastic) 7
everolimus (immunosuppressive) 98
EVOTAZ 162
EVRYSDI 116
EXEL INSULIN 186

exemestane 7
EXKIVITY 7
EXTENCILLINE 132
EYSUVIS 114
EZALLOR SPRINKLE 56
ezetimibe 56
ezetimibe-simvastatin 56
falmina (28) 138
famciclovir 167
famotidine 84
FANAPT 40, 41
FARXIGA 26
FASENRA 71
FASENRA PEN 71
febuxostat 32
felbamate 148
felodipine 55
FEMRING 91
femynor 138
fenofibrate 56
fenofibrate micronized 56
fenofibrate nanocrystallized ... 56
fenofibric acid (choline) 56
fenoprofen 120
fentanyl 122
fentanyl citrate 122
FERRIPROX 125
fesoterodine 88
FETZIMA 154
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 29
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 29
FIASP U-100 INSULIN 29
finasteride 88
fingolimod 67
FINTEPLA 148
fioricet 122
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 7, 8
flavoxate 89
flecainide 48
floxuridine 8
fluconazole 157
fluconazole in nacl (iso-osm) 157
flucytosine 157
fludrocortisone 92
flunisolide 114
fluocinolone 78, 79
fluocinolone acetonide oil 114
fluocinonide 79
fluocinonide-emollient 79
fluorometholone 114
fluorouracil 8, 81
fluoxetine 154
fluphenazine decanoate 41
fluphenazine hcl 41
flurazepam 24
flurbiprofen 120
flurbiprofen sodium 114
flutamide 8
fluticasone propionate 74, 79, 114
fluticasone propion-salmeterol 74
fluvastatin 56
fluvoxamine 154
folivane-ob 226
fondaparinux 220, 221
fosamprenavir 162
fosinopril 60
fosinopril-hydrochlorothiazide 60
fosphenytoin 148
FOTIVDA 8
FREESTYLE PRECISION ... 187
FRUZAQLA 8
fulvestrant 8
furosemide 58
FUZEON 162
FYARRO 8
fyavolv 91
FYCOMPA 148
FYLNETRA 222
gabapentin 148
GALAFOLD 224
galantamine 25
gallifrey 95
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) 98
GAMMAPLEX 98
GAMUNEX-C 98
GARDASIL 9 (PF) 104
gatifloxacin 111
GATTEX 30-VIAL 86
GAUZE PAD 187
gavilyte-c 87
gavilyte-g 88
gavilyte-n 88
GAVRETO 8
gefitinib 8
gemcitabine 8
gemfibrozil 56
gemmily 138
generlac 86
gengraf 98, 99
gentak 111
gentamicin 82, 111, 126
gentamicin sulfate (ped) (pf) 126
gentamicin sulfate (pf) 126
GENVOYA 162
GILOTRIF 8
glatiramer 67
glatopa 67
GLEOSTINE 8, 9
glimepiride 31
glipizide 32
glipizide-metformin 32
glutamine (sickle cell) 116

glyburide 32
glyburide micronized 32
glyburide-metformin 32
glycopyrrolate 86
glydo 125
GLYXAMBI 26
granisetron hcl 35
griseofulvin microsize 157
griseofulvin ultramicrosize ... 157
guanfacine 48, 67
GVOKE 116
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 116
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 116
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 116
HAEGARDA 222
hailey 24 fe 138
hailey fe 1.5/30 (28) 138
hailey fe 1/20 (28) 138
halobetasol propionate 79
haloette 138
haloperidol 41
haloperidol decanoate 41
haloperidol lactate 41
HARVONI 166
HAVRIX (PF) 104
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 187, 188
HEALTHWISE PEN NEEDLE 188
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 188
heather 138
HEMADY 92
heparin (porcine) 221
HEPLISAV-B (PF) 104
HERCEPTIN HYLECTA 9
HERZUMA 9
HETLIOZ LQ 64
HIBERIX (PF) 104
HUMIRA 99
HUMIRA PEN 99
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START 99
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS 99
HUMIRA(CF) 99
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER 99
HUMIRA(CF) PEN 99
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 99
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 99
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 99
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 29
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 29
hydralazine 52
hydrochlorothiazide 58
hydrocodone-acetaminophen 123
hydrocodone-ibuprofen 123
hydrocortisone 62, 79, 80, 92
HYDROCORTISONE 80
hydrocortisone butyrate 79
HYDROCORTISONE LOTION COMPLETE 79
hydrocortisone valerate 80
hydrocortisone-acetic acid ... 111
hydromorphone 123
hydromorphone (pf) 123
hydroxychloroquine 36
hydroxyurea 9
hydroxyzine hcl 159
hydroxyzine pamoate 116
ibandronate 63
IBRANCE 9
ibu 120
ibuprofen 120
ibuprofen-famotidine 120
icatibant 52
iclevia 139
ICLUSIG 9
icosapent ethyl 56
IDHIFA 9
ifosfamide 9
ILARIS (PF) 100
ILEVRO 114
ILUMYA 100
imatinib 9
IMBRUVICA 9
IMDELLTRA 9
imipenem-cilastatin 128
imipramine hcl 154
imipramine pamoate 154
imiquimod 81
IMJUDO 10
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 105
IMPAVIDO 36
INBRIJA 38
incassia 139
INCONTROL ALCOHOL PADS 188
INCONTROL PEN NEEDLE 188, 189
INCRELEX 94
indapamide 58
indomethacin 120
INFANRIX (DTAP) (PF) 105
INFLECTRA 100
infliximab 100
INGREZZA 68
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 68

INGREZZA SPRINKLE..... 68
INLYTA.....10
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE..... 189
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE..... 189
INQOVI.....10
INREBIC.....10
insulin asp prt-insulin aspart 29, 30
insulin aspart u-100.....30
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK.....189
INSULIN SYRINGE..... 171
INSULIN SYRINGE MICROFINE..... 171
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS.....171
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 171, 186, 187, 189, 190, 199, 204, 209, 210
INSUPEN PEN NEEDLE 190, 191
INTELENCE..... 162
INTRON A..... 167
INVEGA HAFYERA.....41
INVEGA SUSTENNA..... 42
INVEGA TRINZA.....42
INVELTYS..... 114
IPOL..... 105
ipratropium bromide..... 75, 115
ipratropium-albuterol..... 75
IQIRVO.....86
irbesartan..... 53
irbesartan-hydrochlorothiazide..... 53
irinotecan.....10
ISENTRESS..... 162
ISENTRESS HD.....162
isibloom..... 139
ISOLYTE S PH 7.4.....218
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE.....218
ISOLYTE-S.....218
isoniazid..... 159
ISOPROPYL ALCOHOL..... 81
isosorbide dinitrate..... 61
isosorbide mononitrate.....61
isosorbide-hydralazine..... 61
isradipine.....55
itraconazole..... 157
IV PREP WIPES.....191
ivabradine.....52
ivermectin.....36
IWILFIN..... 10
IXCHIQ (PF)..... 105
IXIARO (PF)..... 105
jaimiess..... 139
JAKAFI..... 10
jantoven.....221
JANUMET..... 26
JANUMET XR..... 26
JANUVIA..... 26
JARDIANCE.....26
jasmiel (28).....139
javygtor.....224
JAYPIRCA.....10
JEMPERLI.....10
jencycla..... 139
JENTADUETO..... 26
JENTADUETO XR..... 27
jinteli..... 91
jolessa..... 139
juleber.....139
JULUCA..... 162
junel 1.5/30 (21)..... 139
junel 1/20 (21)..... 139
junel fe 1.5/30 (28)..... 139
junel fe 1/20 (28)..... 139
junel fe 24.....139
JUXTAPID.....57
JYLAMVO.....10
JYNARQUE.....58, 59
JYNNEOS (PF)..... 105
KALYDECO.....71
KANJINTI..... 10
kariva (28)..... 139
KATERZIA.....55
kelnor 1/35 (28)..... 139
kelnor 1/50 (28)..... 139
KERENDIA.....61
KESIMPTA PEN.....68
ketoconazole..... 158
ketoprofen..... 120
ketorolac.....114, 121
KEYTRUDA.....10
KIMMTRAK..... 10
KINERET.....100
KINRIX (PF)..... 105
kionex (with sorbitol).....86
KISQALI..... 11
KISQALI FEMARA CO-PACK.....11
KLISYRI.....81
klor-con m10.....218
klor-con m15.....218
klor-con m20.....218
KLOXXADO.....23
KOSELUGO..... 11
kosher prenatal plus iron.....226
KRAZATI..... 11
kurvelo (28)..... 139
KYLEENA.....140
KYNMOBI.....38
l norgest/e.estradiol-e.estrad 140
labetalol.....49
lacosamide..... 148, 149
lactulose..... 86

lagevrio (eua) 167
lamivudine 162
lamivudine-zidovudine 163
lamotrigine 149
lanreotide 94
lansoprazole 84
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 30
LANTUS U-100 INSULIN 30
lapatinib 11
larin 1.5/30 (21) 140
larin 1/20 (21) 140
larin 24 fe 140
larin fe 1.5/30 (28) 140
larin fe 1/20 (28) 140
larissia 140
latanoprost 110
LAZCLUZE 11
leflunomide 100
lenalidomide 11
LENTOCILIN S 132
LENVIMA 12
lessina 140
letrozole 12
leucovorin calcium 117
LEUKERAN 12
LEUKINE 222
leuprolide 12
leuprolide (3 month) 12
levetiracetam 149
levobunolol 110
levocarnitine 117
levocarnitine (with sugar) 117
levocetirizine 159
levofloxacin 133
levofloxacin in d5w 133
levonest (28) 140
levonorgest-eth.estradiol-iron 140
levonorgestrel-ethinyl estrad 140, 141
levonorg-eth estrad triphasic 141
levora-28 141
levothyroxine 89
LEXIVA 163
LIBERVANT 149
lidocaine 125
lidocaine hcl 125
lidocaine viscous 125
lidocaine-prilocaine 125
lidocan iii 125
LILETTA 141
lillow (28) 141
linezolid 127
linezolid in dextrose 5% 127
LINZESS 86
liothyronine 89
LISCO 191
lisinopril 60
lisinopril-hydrochlorothiazide . 60
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 191
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 191, 192
lithium carbonate 68
lithium citrate 68
LIVDELZI 86
LIVTENCITY 166
LOKELMA 86
LONSURF 12
loperamide 86
lopinavir-ritonavir 163
LOQTORZI 12
lorazepam 24, 25
lorazepam intensol 25
LORBRENA 12
loryna (28) 141
losartan 53
losartan-hydrochlorothiazide . 53
LOTEMAX 114
LOTEMAX SM 114
loteprednol etabonate 114
lovastatin 57
low-ogestrel (28) 141
loxapine succinate 42
lo-zumandimine (28) 141
lubiprostone 86
LUMAKRAS 12
LUMIGAN 110
LUNSUMIO 12
LUPRON DEPOT 13, 94
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 13, 94
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 13
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 13
LUPRON DEPOT-PED 94
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 94
lurasidone 42
lutera (28) 141
LYBALVI 42
lyleq 141
lyllana 91
LYNPARZA 13
LYSODREN 13
LYTGOBI 13
lyza 141
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG 192, 193
MAGELLAN SYRINGE 192
magnesium sulfate 218
malathion 83
maraviroc 163
MARGENZA 13
marlissa (28) 141
marnatal-f 226

MARPLAN 154
MATULANE 13
matzim la 51
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) 68
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) 68
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) 68
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) 68
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) 68
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) 68
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) 69
MAVYRET 166
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 193
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 193
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 193
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 193
MAYZENT 69
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) 69
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) 69
meclizine 35
medroxyprogesterone 95, 96
mefenamic acid 121
mefloquine 36
megestrol 13, 96
MEKINIST 13
MEKTOVI 13
meloxicam 121
memantine 25
MENACTRA (PF) 105
MENQUADFI (PF) 105
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 105
mercaptopurine 13
meropenem 128
merzee 141
mesalamine 62
MESNEX 117
metadate er 69
metformin 27
methadone 123
methazolamide 110
methenamine hippurate 127
methimazole 89
methocarbamol 225
methotrexate sodium 14
methotrexate sodium (pf) 14
methoxsalen 81
methscopolamine 86
methsuximide 149
methylphenidate hcl 69, 70
methylprednisolone 92, 93
metoclopramide hcl 86
metolazone 59
metoprolol succinate 50
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 50
metoprolol tartrate 50
metronidazole ..82, 83, 126, 127
metronidazole in nacl (iso-os) 127
metyrosine 52
mexiletine 49
micafungin 158
miconazole-3 158
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 193
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE 193
microgestin 1.5/30 (21) 141
microgestin 1/20 (21) 141
microgestin 24 fe 142
microgestin fe 1.5/30 (28) 142
microgestin fe 1/20 (28) 142
midodrine 48
mifepristone 27
miglitol 27
miglustat 224
mili 142
mimvey 91
MINI ULTRA-THIN II 194
minitran 61
minocycline 135
minoxidil 61
MIRENA 142
mirtazapine 154, 155
misoprostol 84
mitoxantrone 14
M-M-R II (PF) 105
m-natal plus 226
modafinil 64
moexipril 60
molindone 43
mometasone 80, 114
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING 194, 195
MONOJECT INSULIN SYRINGE 194, 195
MONOJECT SYRINGE 194
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 212
mono-linyah 142
montelukast 74
morphine 123, 124
MORPHINE 123
morphine concentrate 123
MOUNJARO 27
MOVANTIK 86
moxifloxacin 111, 133

moxifloxacin-sod.ace,sul-water 133
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 133
MRESVIA (PF) 105
MULTAQ 49
mupirocin 83
MVASI 14
mycophenolate mofetil 100
mycophenolate mofetil (hcl) 100
mycophenolate sodium 100
mynatal 226
mynatal advance 226
mynatal plus 226
mynatal-z 226
mynate 90 plus 226
MYRBETRIQ 89
nabumetone 121
nadolol 50
nafcillin 132
naloxone 23
naltrexone 23
NAMZARIC 26
naproxen 121
naratriptan 33
NATACYN 111
nateglinide 27
NATPARA 63
NAYZILAM 150
nebivolol 50
nefazodone 155
neomycin 126
neomycin-bacitracin-poly-hc 111
neomycin-bacitracin-polymyxin 111
neomycin-polymyxin b-dexameth 112
neomycin-polymyxin-gramicidin 112
neomycin-polymyxin-hc 112
neo-polycin 112
neo-polycin hc 112
NERLYNX 14
neuac 83
NEULASTA ONPRO 222
NEUPRO 38
nevirapine 163
newgen 226
NEXLETOL 57
NEXLIZET 57
NEXPLANON 142
niacin 57
niacor 57
nicardipine 55
NICOTROL 23
NICOTROL NS 23
nifedipine 55
nikki (28) 142
nilutamide 14
NINLARO 14
nitazoxanide 36
nitisinone 224
nitrofurantoin macrocrystal .. 127
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 127
nitroglycerin 61, 117
niva-plus 226
NIVESTYM 222
nizatidine 85
NORDITROPIN FLEXPRO ... 94
norelgestromin-ethin.estradiol 142
norethindrone (contraceptive) 142
norethindrone acetate 96
norethindrone ac-eth estradiol 92, 142
norethindrone-e.estradiol-iron 142, 143
norgestimate-ethinyl estradiol 143
norlyda 143
nortrel 1/35 (21) 143
nortrel 1/35 (28) 143
nortrel 7/7/7 (28) 143
nortriptyline 155
NORVIR 163
NOVOFINE 30 195
NOVOFINE 32 195
NOVOFINE PLUS 195
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 30
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 30
NOVOLIN N FLEXPEN 30
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 30
NOVOLIN R FLEXPEN 30
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 31
NOVOTWIST 195
NOXAFIL 158
NUBEQA 14
NUCALA 71, 72
NULOJIX 100
NUPLAZID 43
NURTEC ODT 33
nyamyc 158
nylia 1/35 (28) 143
nylia 7/7/7 (28) 143
nymyo 143
nystatin 158
nystatin-triamcinolone 158
nystop 158
NYVEPRIA 223
obstetrix dha 226
obstetrix dha prenatal duo ... 226
o-cal prenatal 226
OCALIVA 86

OCREVUS....70
octreotide acetate....94
ODEFSEY.... 163
ODOMZO.... 14
OFEV....72
ofloxacin.... 112
OGIVRI....14
OGSIVEO....14
OJEMDA.... 14
OJJAARA.... 15
olanzapine....43
olmesartan....53
olmesartan-amlodipin-hcthiazid.... 53
olmesartan-hydrochlorothiazide.... 54
olopatadine....115
omega-3 acid ethyl esters.... 57
omeprazole....85
omeprazole-sodium bicarbonate....85
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5).... 195
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5).... 195
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)....195
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5).... 196
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)....196
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).... 196
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)....196
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4).... 196
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).... 196
ondansetron.... 35
ondansetron hcl....35
ONGENTYS.... 38
ONTRUZANT.... 15
ONUREG....15
OPDIVO.... 15
OPDUALAG.... 15
OPSUMIT.... 118
ORENCIA.... 100
ORENCIA (WITH MALTOSE).... 100
ORENCIA CLICKJECT.... 100
ORFADIN.... 224
ORGOVYX.... 95
ORILISSA....95
ORKAMBI....72
ORSERDU.... 15
oseltamivir.... 166
OSMOLEX ER....38
OTEZLA.... 101
OTEZLA STARTER....101
oxaliplatin.... 15
oxandrolone....90
oxazepam....25
oxcarbazepine.... 150
oxybutynin chloride....89
oxycodone.... 124
oxycodone-acetaminophen. 124
oxymorphone....124
OZEMPIC....27
pacerone.... 49
paclitaxel.... 15
paclitaxel protein-bound.... 15
paliperidone....43
PALYNZIQ....224
PANRETIN.... 81
pantoprazole....85
paricalcitol.... 63
paromomycin....36
paroxetine hcl.... 155
PAXLOVID.... 166
pazopanib....15
PEDIARIX (PF)....106
PEDVAX HIB (PF)....106
peg 3350-electrolytes.... 88
PEGASYS.... 167
peg-electrolyte soln.... 88
PEMAZYRE....15
pemetrexed.... 16
pemetrexed disodium.... 15
PEMRYDI RTU....16
PEN NEEDLE 186, 196, 197, 199
PEN NEEDLE, DIABETIC 177, 193, 194, 196, 199
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY.... 200
PENBRAYA (PF)....106
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF).... 106
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF).... 106
penciclovir.... 81
penicillamine....125
penicillin g potassium.... 132
penicillin g procaine....133
penicillin v potassium.... 133
PENTACEL (PF).... 106
pentamidine....36
PENTIPS.... 197
pentoxifylline....222
perindopril erbumine....60
periogard.... 77
permethrin.... 83
perphenazine....43
perphenazine-amitriptyline.. 155
PERSERIS.... 43
phenelzine.... 155
phenobarbital....150
phenytoin....150
phenytoin sodium.... 150

phenytoin sodium extended 150
philith 143
PIFELTRO 163
pilocarpine hcl 77, 110
pimecrolimus 80
pimozide 43
pimtrea (28) 143
pindolol 50
pioglitazone 27
pioglitazone-metformin 28
PIP PEN NEEDLE 197
piperacillin-tazobactam 133
PIQRAY 16
pirfenidone 72
pirmella 143
piroxicam 121
pitavastatin calcium 57
PLASMA-LYTE A 218
PLEGRIDY 70
pnv 29-1 226
pnv-dha + docusate 227
pnv-omega 227
podofilox 82
polycin 112
polymyxin b sulfate 128
polymyxin b sulf-trimethoprim 112
POMALYST 16
portia 28 144
posaconazole 158
potassium chloride 218, 219
potassium chloride-0.45 % nacl 219
potassium citrate 219
pr natal 400 227
pr natal 400 ec 227
pr natal 430 227
pr natal 430 ec 227
pramipexole 38
prasugrel 222
pravastatin 57
praziquantel 36
prazosin 48
prednisolone 93
prednisolone acetate 114
prednisolone sodium phosphate 93, 115
prednisone 93
pregabalin 150
PREHEVBRIO (PF) 106
PREMARIN 92
PREMPHASE 92
PREMPRO 92
prena1 true 227
prenaissance 227
prenaissance plus 227
prenatabs fa 227
prenatal 19 227
prenatal 19 (with docusate) . 227
prenatal low iron 227
prenatal plus 227
prenatal plus (calcium carb) 227
prenatal vitamin plus low iron 227
prenatal-u 227
preplus 227
pretab 228
prevalite 57
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 197
previfem 144
PREVYMIS 166
PREZCOBIX 163
PREZISTA 163
PRIFTIN 160
PRIMAQUINE 36
primidone 150
PRIORIX (PF) 106
PRO COMFORT ALCOHOL PADS 198
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 197, 198
PRO COMFORT PEN NEEDLE 198
PROAIR RESPICLICK 75
probenecid 32
probenecid-colchicine 32
PROCALAMINE 3% 47
prochlorperazine 35
prochlorperazine edisylate 35, 43
prochlorperazine maleate 35
procto-med hc 80
proctosol hc 80
proctozone-hc 80
PRODIGY INSULIN SYRINGE 198
progesterone micronized 96
PROGRAF 101
PROLIA 63
PROMACTA 223
promethazine 35, 159
promethegan 35
propafenone 49
propranolol 50
propylthiouracil 89
PROQUAD (PF) 106
PROSOL 20 % 47
protriptyline 155
PULMOZYME 224
PURE COMFORT ALCOHOL PADS 198
PURE COMFORT PEN NEEDLE 198, 199
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 198
PURIXAN 16
pyrazinamide 160
pyridostigmine bromide 117
pyrimethamine 36

QINLOCK 16
QUADRACEL (PF) 107
quetiapine 43, 44
quinapril 60
quinapril-hydrochlorothiazide 60
quinidine gluconate 49
quinidine sulfate 49
quinine sulfate 37
QULIPTA 33
RABAVERT (PF) 107
rabeprazole 85
raloxifene 92
ramipril 60
ranolazine 52
rasagiline 38
RASUVO (PF) 101
RAVICTI 87
RAYALDEE 63
reclipsen (28) 144
RECOMBIVAX HB (PF) 107
REGRANEX 82
RELENZA DISKHALER 166
RELION NEEDLES 199
RELION PEN NEEDLES 199
RELISTOR 87
RENFLEXIS 101
repaglinide 28
REPATHA PUSHTRONEX ... 57
REPATHA SURECLICK 57
REPATHA SYRINGE 57
RETACRIT 223
RETEVMO 16
RETROVIR 164
REVCOVI 224
REXULTI 44
REYATAZ 164
REZLIDHIA 16
REZUROCK 101
RHOPRESSA 110
RIABNI 16
ribavirin 167
RIDAURA 101
rifabutin 160
rifampin 160
rilpivirine 164
riluzole 70
rimantadine 166
RINVOQ 101
RINVOQ LQ 101
risedronate 64
risperidone 44
risperidone microspheres 44
ritonavir 164
RITUXAN HYCELA 16
rivastigmine 26
rivastigmine tartrate 26
RIVFLOZA 117
rizatriptan 33
r-natal ob 228
ROCKLATAN 110
roflumilast 72
ROLVEDON 223
ropinirole 38
rosadan 83
rosuvastatin 58
ROTARIX 107
ROTATEQ VACCINE 107
ROZLYTREK 16, 17
RUBRACA 17
rufinamide 150, 151
RUKOBIA 164
RUXIENCE 17
RYBELSUS 28
RYBREVANT 17
RYDAPT 17
RYTELO 17
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 200
SAFETY PEN NEEDLE 200
sajazir 53
SANTYL 82
sapropterin 224
SAVELLA 70
SCEMBLIX 17
scopolamine base 35
SECUADO 44
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 200
SECURESAFE PEN NEEDLE 200
select-ob 228
select-ob (folic acid) 228
selegiline hcl 38, 39
selenium sulfide 83
SELZENTRY 164
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) 31
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN 31
se-natal 19 chewable 228
SEREVENT DISKUS 76
SEROSTIM 95
sertraline 155
setlakin 144
SEZABY 151
sharobel 144
SHINGRIX (PF) 107
SIGNIFOR 95
sildenafil (pulm.hypertension) 118
silver sulfadiazine 83
SIMBRINZA 110
simliya (28) 144
simpesse 144
simvastatin 58
sirolimus 101
SIRTURO 160
SKY SAFETY PEN NEEDLE 200
SKYLA 144

SKYRIZI 101, 102
SLYND 144
sodium chloride 0.45 % 219
sodium chloride 0.9 % 219
sodium oxybate 64
sodium phenylbutyrate 87
sodium polystyrene sulfonate 87
sodium,potassium,mag sulfates 88
solifenacin 89
SOLIQUA 100/33 31
SOLTAMOX 17
SOMATULINE DEPOT 95
SOMAVERT 95
sorafenib 17
sorine 50
sotalol 50
sotalol af 50
SPIRIVA RESPIMAT 76
spironolactone 59, 61
spironolacton-hydrochlorothiaz 59
SPRAVATO 155
sprintec (28) 144
SPRITAM 151
SPRYCEL 17
sps (with sorbitol) 87
sronyx 144
ssd 83
stavudine 164
STELARA 102
STERILE PADS 201
STIMUFEND 223
STIOLTO RESPIMAT 76
STIVARGA 17
STRENSIQ 224
streptomycin 126
STRIBILD 164
STRIVERDI RESPIMAT 76
subvenite 151
sucralfate 85
sulfacetamide sodium ..112, 113
sulfacetamide sodium (acne) 83
sulfacetamide-prednisolone 113
sulfadiazine 133
sulfamethoxazole-trimethoprim 133, 134
sulfasalazine 62
sulindac 121
sumatriptan 34
sumatriptan succinate 34
sumatriptan-naproxen 34
sunitinib malate 17
SUNLENCA 164
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS 201
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 201
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 201, 202
SURE COMFORT PEN NEEDLE 201, 202
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 201
SURE-FINE PEN NEEDLES 202
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 202, 203
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS 203
SUTAB 88
syeda 144
SYMDEKO 72
SYMJEPI 53
SYMLINPEN 120 28
SYMLINPEN 60 28
SYMPAZAN 151
SYMTUZA 164
SYNAREL 95
SYNERCID 128
SYNJARDY 28
SYNJARDY XR 28
SYNRIBO 17
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY 200
TABLOID 18
TABRECTA 18
tacrolimus 80, 102
tadalafil 118
TAFINLAR 18
tafluprost (pf) 110
TAGRISSO 18
TAKHZYRO 117
TALVEY 18
TALZENNA 18
tamoxifen 18
tamsulosin 88
tarina 24 fe 144
tarina fe 1-20 eq (28) 144
taron-c dha 228
taron-prex prenatal-dha 228
TASIGNA 18
tasimelteon 65
TAVALISSE 220
TAVNEOS 102
taysofy 144
tazarotene 83
tazicef 130
TAZORAC 83
taztia xt 51
TAZVERIK 18
TDVAX 107
TECENTRIQ 18
TECHLITE INSULIN SYRINGE 203, 204
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) 203
TECHLITE PEN NEEDLE ... 204

TECHLITE PLUS PEN NEEDLE 204
TECVAYLI 18
TEFLARO 130
telmisartan 54
telmisartan-amlodipine 54
telmisartan-hydrochlorothiazid 54
temazepam 25
TEMIXYS 164
tencon 124
TENIVAC (PF) 108
tenofovir disoproxil fumarate 164
TEPMETKO 18
terazosin 88
terbinafine hcl 159
terbutaline 76
terconazole 126
teriflunomide 70
teriparatide 64
TERUMO INSULIN SYRINGE 204, 205
testosterone 90
testosterone cypionate 90
testosterone enanthate 90
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) 108
tetrabenazine 71
tetracycline 135
TEVIMBRA 18
THALOMID 117
theophylline 76
THINPRO INSULIN SYRINGE 205
thioridazine 44
thiothixene 44
tiadylt er 51
tiagabine 151
TIBSOVO 18
TICE BCG 19
TICOVAC 108
tigecycline 135
tilia fe 144
timolol maleate 50, 110
tinidazole 37
tiopronin 88
tiotropium bromide 76
TIVDAK 19
TIVICAY 164
TIVICAY PD 165
tizanidine 225
TOBI PODHALER 126
tobramycin 113, 127
tobramycin in 0.225 % nacl 127
tobramycin sulfate 127
tobramycin-dexamethasone 113
tolterodine 89
TOPCARE CLICKFINE 205
TOPCARE ULTRA COMFORT 205
topiramate 151
toposar 19
toremifene 19
torpenz 19
torsemide 59
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 31
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 31
TRADJENTA 28
tramadol 124
tramadol-acetaminophen 124
trandolapril 60
trandolapril-verapamil 60
tranexamic acid 220
tranylcypromine 155
TRAVASOL 10 % 48
travoprost 110
TRAZIMERA 19
trazodone 155
TRECATOR 160
TRELEGY ELLIPTA 76
TRELSTAR 19
TREMFYA 102
treprostinil sodium 118
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 31
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 31
TRESIBA U-100 INSULIN 31
tretinoin 83
tretinoin (antineoplastic) 19
tri femynor 145
triamcinolone acetonide 77, 80, 81, 93
triamterene-hydrochlorothiazid 59
triazolam 25
trientine 126
tri-estarylla 145
trifluoperazine 44
trifluridine 113
trihexyphenidyl 39
TRIJARDY XR 28
TRIKAFTA 72
tri-legest fe 145
tri-linyah 145
tri-lo-estarylla 145
tri-lo-marzia 145
tri-lo-mili 145
tri-lo-sprintec 145
trimethoprim 128
tri-mili 145
trimipramine 155
TRINTELLIX 156
tri-nymyo 145
tri-previfem (28) 145
tri-sprintec (28) 145
TRIUMEQ 165

TRIUMEQ PD.....165
triveen-duo dha..... 228
trivora (28)..... 145
tri-vylibra.....145
tri-vylibra lo..... 145
TRIZIVIR..... 165
TROGARZO..... 165
TROPHAMINE 10 %..... 48
trospium.....89
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS..... 206
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE..... 206
TRUE COMFORT PEN NEEDLE.....206, 207
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS..... 207
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE..... 205, 206, 207
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG.....206, 207
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....206
TRUEPLUS INSULIN..208, 209
TRUEPLUS PEN NEEDLE 207, 208
TRULICITY.....29
TRUMENBA..... 108
TRUQAP..... 19
TRUSELTIQ..... 19
TRUXIMA..... 19
TUKYSA.....19
TURALIO.....19
turqoz (28)..... 145
TWINRIX (PF)..... 108
TYBOST.....117
TYMLOS.....64
TYPHIM VI..... 108
TYVASO.....119
UBRELVY.....34
ULTICARE.....209, 210
ULTICARE INSULIN SYRINGE..... 209
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT)..... 209
ULTICARE PEN NEEDLE...209
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE.....210
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR.....210, 211
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE.....210, 211
ULTILET ALCOHOL SWAB 211
ULTILET INSULIN SYRINGE..... 189, 190, 211
ULTILET PEN NEEDLE..... 211
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)..... 187, 201
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 181, 187, 211, 212
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)..... 212
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE..... 212, 213
ULTRA FLO PEN NEEDLE.212
ULTRA THIN PEN NEEDLE213
ULTRACARE INSULIN SYRINGE..... 213
ULTRACARE PEN NEEDLE 213, 214
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR.....214
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL.....214
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES.....214
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE..... 214
UNIFINE PEN NEEDLE..... 214
UNIFINE PENTIPS 196, 214, 215
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW..... 215
UNIFINE PENTIPS PLUS... 215
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW..... 215
UNIFINE PROTECT....215, 216
UNIFINE SAFECONTROL..216
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....216
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....216
UPTRAVI.....119
ursodiol.....87
UZEDY..... 44, 45
valacyclovir.....167
VALCHLOR.....82
valganciclovir.....167
valproate sodium..... 151
valproic acid..... 151
valproic acid (as sodium salt).....151
valsartan.....54
valsartan-hydrochlorothiazide..... 54
VALTOCO..... 151
vancomycin..... 128
VANFLYTA.....20
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE..... 216
VANISHPOINT SYRINGE...216
VAQTA (PF)..... 108
varenicline..... 23
VARIVAX (PF).....109
VAXCHORA VACCINE..... 109
VEGZELMA.....20
velivet triphasic regimen (28) 145
VELTASSA.....87

VEMLIDY 165
VENCLEXTA 20
VENCLEXTA STARTING PACK 20
venlafaxine 156
venlafaxine besylate 156
VEOZAH 118
verapamil 52
VERIFINE INSULIN SYRINGE 216, 217
VERIFINE PEN NEEDLE 216, 217
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 217
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP 217
VERQUVO 53
VERSACLOZ 45
VERSALON 217
VERZENIO 20
vestura (28) 146
V-GO 20 217
V-GO 30 217
V-GO 40 218
vienva 146
vigabatrin 151
vigadrone 151, 152
vigpoder 152
vilazodone 156
vinate care 228
vinblastine 20
vincasar pfs 20
vincristine 20
vinorelbine 20
viorele (28) 146
VIRACEPT 165
VIREAD 165
virt-c dha 228
virt-nate dha 228
virt-pn dha 228
virt-pn plus 228
vitafol gummies 228
vitafol nano 228
vitafol-ob+dha 228
VITRAKVI 20
VIZIMPRO 20
VOCABRIA 165
volnea (28) 146
VONJO 20
VORANIGO 20
voriconazole 159
VOSEVI 166
VOWST 118
vp-ch-pnv 228
vp-pnv-dha 229
VRAYLAR 45
VUMERITY 71
vyfemla (28) 146
vylibra 146
VYZULTA 110
warfarin 221
WEBCOL 218
WELIREG 21
WINREVAIR 72
wixela inhub 74
XALKORI 21
XARELTO 221
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 221
XATMEP 21
XCOPRI 152
XCOPRI MAINTENANCE PACK 152
XCOPRI TITRATION PACK 152
XDEMVY 113
XELJANZ 102
XELJANZ XR 102
XERMELO 87
XGEVA 64
XIFAXAN 128
XIGDUO XR 29
XIIDRA 115
XOLAIR 73
XOSPATA 21
XPOVIO 21
XTANDI 21
xulane 146
XULTOPHY 100/3.6 31
XYOSTED 90
yargesa 224
YERVOY 21
YF-VAX (PF) 109
YONSA 22
yuvafem 92
zafemy 146
zafirlukast 74
zaleplon 65
ZARXIO 223
zatean-pn dha 229
zatean-pn plus 229
zebutal 124
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 118
ZEGALOGUE SYRINGE 118
ZEJULA 22
ZELBORAF 22
zenatane 82
ZENPEP 225
zidovudine 165
zingiber 229
ziprasidone hcl 45
ziprasidone mesylate 45
ZIRABEV 22
ZIRGAN 113
ZOLADEX 22
ZOLINZA 22
zolmitriptan 34
zolpidem 65
ZONISADE 152
zonisamide 152

zovia 1-35 (28) 146
ZTALMY 152
ZTLIDO 125
zumandimine (28) 146
ZURZUVAE 156
ZYDELIG 22
ZYKADIA 22
ZYLET 113
ZYMFENTRA 118
ZYNLONTA 22
ZYNYZ 22
ZYPREXA RELPREVV ... 45, 46

GOLD KIDNEY HEALTH PLAN
P.O. Box 285, Portsmouth, NH 03802

www.goldkidney.com

Este formulario fue actualizado el 10/03/2024. Para obtener información más reciente, o si tiene otras preguntas, llame a Servicios para miembros de Gold Kidney Health Plan al **1 (844) 294-6535. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.)** Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto festivos), y de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto festivos), o visite **www.goldkidney.com**.

Gold Kidney Health Plan, Inc., es un HMO-POS y HMO-POS C-SNP con contrato de Medicare. La inscripción en Gold Kidney Health Plan depende de la renovación del contrato.