



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

2025

Gold Kidney Health Plan

Formulario para Arizona

(Lista de medicamentos cubiertos)

LEA LO SIGUIENTE

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

ID del formulario: 25216, Número de versión: 5

H4869-001 Gold Kidney of Arizona Gold Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP)

H4869-003 Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis (HMO-POS C-SNP)

H4869-011 Gold Kidney of Arizona Gold Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP)

H4869-013 Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis (HMO-POS C-SNP)

Este formulario fue actualizado el 10/1/2024. 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.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para los Miembros.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido esté, incluso si no ha pagado su deducible.

Nota para los miembros existentes: este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contenga los medicamentos que toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Gold Kidney Health Plan. Cuando se refiere a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Gold Kidney Health Plan.

Este formulario fue actualizado el 10/01/2024. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última vez que actualizamos el formulario, aparece en la portada y la contraportada.

Por lo general, debe utilizar farmacias de la red para utilizar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y ocasionalmente durante el año.

- ✓ **ATENCIÓN:** si habla un idioma distinto del inglés, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Llame 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 de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto días festivos) y de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (excepto festivos). La llamada es gratuita.
- ✓ **ATENCIÓN –** Si habla un idioma distinto del inglés, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Llame 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 de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto festivos) y de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (excepto festivos). La llamada es gratuita.
- ✓ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a nuestro departamento de Servicios para Miembros al número que aparece arriba. La llamada es gratuita.
- ✓ Gold Kidney Health Plan 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.

¿Qué es el formulario de Gold Kidney Health Plan?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Gold Kidney Health Plan en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Gold Kidney Health Plan generalmente cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de Gold Kidney Health Plan y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, revise su Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el formulario (la lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos se producen el 1 de enero, pero Gold Kidney Health Plan puede agregar o quitar medicamentos del formulario durante el año, moverlos a un nivel diferente de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos cumplir las normas de Medicare para realizar estos cambios.

Cambios que pueden afectarle este año -En los siguientes casos, se verá afectado por cambios en la cobertura durante el año:

- ✓ Nuevos medicamentos genéricos: podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar ese cambio, pero luego le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

– Si realizamos dicho cambio, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuar cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar información en la sección siguiente titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de Gold Kidney Health Plan?"

- ✓ Medicamentos retirados del mercado. Si el fabricante retira un medicamento que estaba a la venta o la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) determina que se lo retire del mercado por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y, posteriormente, notificar a los miembros que toman ese medicamento.
- ✓ Otros cambios: Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente estén tomando un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del

formulario si agregamos un equivalente genérico o podemos eliminar un producto biológico original si agregamos un biosimilar. También es posible que apliquemos nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original, o que lo pasemos a un nivel diferente de costo compartido, o ambas opciones. Podemos realizar cambios en función de nuevas pautas clínicas. Si quitamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos el requisito de autorización previa, cambiamos los límites de cantidades o las restricciones de terapias escalonadas para un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel más alto de costo compartido, debemos informarles a los miembros afectados por ese cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro para 30 días del medicamento en una farmacia minorista de la red o un suministro para 31 días del medicamento en una farmacia de la red de atención a largo plazo y un aviso del cambio.

– Si realizamos estos cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción para usted y sigamos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le enviemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción; también podrá encontrar la información en la sección “¿Cómo puedo solicitar una excepción al formulario de Gold KidneyHealth Plan?” que se encuentra más abajo.

Cambios que no le afectarán si actualmente toma el medicamento - Generalmente, si está tomando un medicamento de nuestro formulario 2025 que a principios de año estaba cubierto, no interrumpiremos o reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025 de otra forma que no sea la antes descrita. Esto significa que los medicamentos seguirán disponibles en el mismo nivel de costos compartidos y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen por el resto del año de cobertura. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarían, y es importante consultar el formulario del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto entra en vigencia a partir del 10/01/2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Gold Kidney Health Plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada. 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 uso el formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento en el formulario:

Afección Médica

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos en este formulario se agrupan en categorías de acuerdo con el tipo de afecciones médicas que estos medicamentos tratan. Por ejemplo, los

medicamentos que se usan para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría Agentes cardiovasculares. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque por el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 1. Luego busque su medicamento dentro del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de cuál es la categoría en la que tiene que buscar, debería buscar el medicamento en el Índice que empieza en la página 87. El Índice le provee una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos están presentes en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto con el medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página mencionada en el Índice y busque 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 medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca.

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

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, es posible que nos estemos refiriendo a un medicamento o a un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de la forma genérica, existen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas de biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

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

¿Hay restricciones en mi cobertura?

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

- ✓ **Autorización previa:** Gold Kidney Health Plan requiere que usted o la persona autorizada a dar recetas obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará obtener una aprobación de Gold Kidney Health Plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene la aprobación, Gold Kidney Health Plan puede no cubrir el medicamento.
- ✓ **Límites de cantidad:** para ciertos medicamentos, Gold Kidney Health Plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá Gold Kidney Health Plan. Por ejemplo, Gold Kidney Health Plan ofrece 30 por receta para las tabletas de Farxiga de 10 mg. Esto puede ser adicional al suministro estándar de uno o tres meses.
- ✓ **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 afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, Gold Kidney Health Plan puede no cubrir el medicamento B a menos que usted pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, Gold Kidney Health Plan cubrirá el medicamento B.

Puede saber si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites si lo busca en el formulario que empieza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que aplican para medicamentos con cobertura específicos si consulta nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

Puede pedirle a Gold Kidney Health Plan que haga una excepción a estas restricciones o límites, o una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar una excepción al formulario de Gold Kidney Health Plan’s en la página VI para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), debería comunicarse primero con el Departamento de Servicios para los Miembros y preguntar si su medicamento tiene cobertura.

Si descubre que Gold Kidney Health Plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

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

¿Cómo puedo solicitar una excepción al formulario de Gold Kidney Health Plan?

Puede pedirle a Gold Kidney Health Plan que haga una excepción en nuestros requisitos de cobertura Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- ✓ Puede pedirnos que cubramos un medicamento, aunque no esté en el formulario. Si obtiene la aprobación, este medicamento estará cubierto en un nivel de costo compartido predeterminado y no podrá pedirnos que le proveamos el medicamento en un nivel de costo compartido inferior.
- ✓ 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 aprobara dicha solicitud, esto disminuiría el monto que debe pagar por su medicamento.
- ✓ Puede pedirnos que renunciemos a una restricción de cobertura, incluyendo la autorización previa, el tratamiento escalonado o un límite de cantidad para su medicamento Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Gold Kidney Health Plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que renunciemos a dicho límite y que cubramos un monto mayor.

Por lo general, Gold Kidney Health Plan solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, un medicamento a un costo compartido menor, o la aplicación de las restricciones no fueran tan efectivos para usted o le provocaran efectos adversos.

Usted o la persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros para pedirnos una excepción de nivel o una excepción al formulario, incluyendo una excepción a una restricción de cobertura Cuando solicita una excepción, la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción. Generalmente, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas posteriores a recibir la declaración de respaldo de la persona que le recetó el medicamento Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y nosotros estamos de acuerdo, que su salud podría estar en peligro si espera hasta 72 horas para una decisión. Si estamos de acuerdo, o si la persona autorizada a dar recetas pide una decisión rápida, debemos informarle nuestra decisión antes de las 24 horas posteriores a que obtengamos la declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas.

¿Qué debo hacer antes de poder hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O bien, puede estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite nuestra autorización previa antes de poder surtir su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que cubrimos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción adecuado para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días como miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o si su capacidad para obtenerlos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar un suministro máximo de medicamento para 30 días. Después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de ese medicamento para 31 días mientras usted solicita una 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.

Más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de Gold Kidney Health Plan, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan. Si tiene preguntas sobre Gold Kidney Health Plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última vez que actualizamos el formulario, aparece en la portada y la contraportada

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

Gold Kidney Health Plan

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 |

Participación en los costos de los medicamentos (Tabla 1)

H4869-001 Gold Kidney of Arizona Gold Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP)

H4869-011 Gold Kidney of Arizona Gold Heart & Diabetes (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 1 | Deducible | Tipo de Farmacia/Días de Suministro | Nivel 1 | Deducible | Tipo de Farmacia/Días de Suministro |
|-----------|--|---------|-----------|-------------------------------------|---------|-----------|-------------------------------------|
| \$0 | Suministro minorista estándar para 30 días | \$0 | \$0 | \$40 | \$100 | 33% | \$0 |
| | Cuidados a largo plazo Suministro de 31 días | \$0 | \$0 | \$40 | \$100 | 33% | \$0 |
| | Suministro de 30 días fuera de la red | \$0 | \$0 | \$40 | \$100 | 33% | \$0 |
| \$0 | Insulinas | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | \$0 |
| | Minorista suministro de 100 días | \$0 | \$0 | \$100 | \$250 | N/A | \$0 |
| \$0 | Insulinas | \$0 | \$0 | \$40 | \$250 | N/A | \$0 |
| | Pedido por correo de suministro de 100 días | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | \$0 |

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.

Participación en los costos de los medicamentos (Tabla 2)

H4869-003 Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis (HMO-POS C-SNP)

H4869-013 Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis (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 1 Genérico preferido | Nivel 2 Genéricos | Nivel 3 Marca preferida | Nivel 4 Marca no preferida | Tier 5 Specialty Tier | Nivel 5 Nivel de especialidad |
|-----------|--|----------------------------|-------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| \$0 | Suministro minorista estándar para 30 días | \$0 | \$5 | \$47 | \$100 | 33% | \$0 |
| | Cuidados a largo plazo Suministro de 31 días | \$0 | \$5 | \$47 | \$100 | 33% | \$0 |
| | Suministro de 30 días fuera de la red | \$0 | \$5 | \$47 | \$100 | 33% | \$0 |
| | Insulinas | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | \$0 |
| \$0 | Minorista suministro de 100 días | \$0 | \$12 | \$117 | \$250 | N/A | \$0 |
| | Insulinas | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | \$0 |
| \$0 | Pedido por correo de suministro de 100 días | \$0 | \$5 | \$40 | \$250 | N/A | \$0 |
| | Insulinas | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | \$0 |

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 esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá 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 — Apelaciones y Quejas
P.O. Box 285, Portsmouth, NH, 03802
1 (844) 294-6535 (TTY 711)
Fax: 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>

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 panggagamot. 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'assurance médicaments. 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 quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1 (844) 294-6535** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmeterservice 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 대해 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.

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、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**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 | 24 |
| Agentes Antidiabetico | 25 |
| Agentes Antigota | 31 |
| Agentes Antimigraña | 32 |
| Agentes Antinausea | 33 |
| Agentes Antiparasitarios | 35 |
| Agentes Antiparkinson | 36 |
| Agentes Antipsicóticos | 38 |
| Agentes Calóricos | 45 |
| Agentes Cardiovasculares | 47 |
| Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria | 60 |
| Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica | 61 |
| Agentes De Trastorno De Sueño | 62 |
| Agentes Del Sistema Nervioso Central | 63 |
| Agentes Del Tracto Respiratorio | 69 |
| Agentes Dentales Y Orales | 74 |
| Agentes Dermatológicos | 75 |
| Agentes Gastrointestinales | 81 |
| Agentes Genitourinarios | 85 |
| Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador | 86 |
| Agentes Inmunológicos | 93 |
| Agentes Oftálmicos | 106 |
| Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta | 108 |
| Agentes Terapeuticos Misceláneos | 113 |
| Agentes Vasodilatadores | 115 |
| Analgésicos | 116 |
| Anestésicos | 122 |
| Antagonistas De Metales Pesados | 122 |
| Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa) | 123 |
| Antibacterianos | 123 |
| Anticonceptivos | 132 |
| Anticonvulsivos | 143 |
| Antidepresivos | 149 |

| | |
|---|-----|
| Antifúngicos..... | 153 |
| Antihistamínicos..... | 155 |
| Antimicobacteriales..... | 156 |
| Antivirales (Sitémico)..... | 156 |
| Dispositivos..... | 164 |
| Preparaciones De Reemplazo..... | 214 |
| Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen..... | 216 |
| Reemplazo/Modificadores De Enzima..... | 220 |
| Relajantes Musculares Esqueléticos..... | 221 |
| Vitaminas Y Minerales..... | 222 |

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|-----------------------|---------------------------------------|
| Agentes Anti Cáncer | | |
| Agentes Anti Cáncer | | |
| <i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zytiga) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| <i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i> (fluorouracil) | 2 | PA BvD |
| AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days) |
| ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23) | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| <i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex) | 1 | |
| ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (1.6 per 28 days) |
| AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days) |
| AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| <i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (Vidaza) | 5 | NM; NDS |
| BALVERSA ORAL TABLET 3 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days) |
| BALVERSA ORAL TABLET 4 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days) |
| BALVERSA ORAL TABLET 5 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |

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 |
|---|------------------------------|--|
| <i>bendamustine intravenous recon soln</i> (Treanda) 100 mg, 25 mg | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| BENDAMUSTINE (Bendeka) INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| BENDEKA INTRAVENOUS (bendamustine) SOLUTION 25 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| <i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin) | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| <i>bexarotene topical gel 1%</i> (Targretin) | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| <i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex) | 2 | |
| <i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i> | 2 | |
| <i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg</i> | 4 | PA NSO |
| <i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i> (Velcade) | 4 | PA NSO |
| BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| BOSULIF ORAL TABLET 100 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |

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 (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| CAPRELSA ORAL TABLET 100 (vandetanib) MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| CAPRELSA ORAL TABLET 300 (vandetanib) MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| <i>carboplatin intravenous solution 10 mg/ml</i> (Paraplatin) | 2 | |
| <i>cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml</i> | 2 | PA BvD |
| COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days) |
| COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days) |
| COTELLIC ORAL TABLET 20 MG | 5 | PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days) |
| <i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i> | 5 | PA BvD; NM; NDS |
| <i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 500 mg/ml</i> | 5 | PA BvD; NM; NDS |
| <i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i> | 2 | PA BvD; ST |
| <i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i> | 3 | PA BvD; ST |

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 |
|---|------------------------------|---------------------------------------|
| DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 28 days) |
| DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; LA; NDS |
| DAURISMO ORAL TABLET 100 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| DAURISMO ORAL TABLET 25 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| <i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i> (Dacogen) | 5 | NM; NDS |
| <i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Caelyx) | 5 | PA BvD; NM; NDS |
| ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG | 4 | PA NSO |
| ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG | 4 | PA NSO |
| ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG | 4 | PA NSO |
| ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH) | 4 | PA NSO |
| ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F 40 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (9.5 per 28 days) |
| EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG | 5 | NM; NDS |
| EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |

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 |
|---|------------------------------|---------------------------------------|
| ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |
| ERLEADA ORAL TABLET 240 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| ERLEADA ORAL TABLET 60 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| <i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Tarceva) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| <i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG | 4 | |
| <i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Torpenz) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days) |
| <i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Torpenz) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |
| <i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days) |
| <i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin) | 2 | |
| EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG | 5 | PA BvD; NM; NDS |
| FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG | 3 | PA BvD |
| <i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i> | 2 | PA BvD |

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 |
|---|------------------------------|---------------------------------------|
| <i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i> | 2 | PA BvD |
| <i>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin) | 2 | |
| FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days) |
| FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days) |
| FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days) |
| <i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex) | 5 | NM; NDS |
| FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| <i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| <i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg</i> | 2 | PA BvD |
| <i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i> | 2 | PA BvD |
| GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG (lomustine) | 4 | |
| GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG (lomustine) | 5 | NM; NDS |
| HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days) |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|------------------------------|---------------------------------------|
| HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| <i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea) | 2 | |
| IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days) |
| IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days) |
| ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| <i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex) | 2 | |
| <i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i> | 2 | |
| <i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec) | 2 | PA NSO; QL (180 per 30 days) |
| <i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec) | 2 | PA NSO; QL (60 per 30 days) |
| IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |
| IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (216 per 30 days) |
| IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |
| IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| INLYTA ORAL TABLET 1 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| INLYTA ORAL TABLET 5 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |

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 |
|--|------------------------------|---------------------------------------|
| INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days) |
| INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| <i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml</i> (Camptosar) | 2 | |
| <i>irinotecan intravenous solution 500 mg/25 ml</i> | 2 | |
| IWILFIN ORAL TABLET 192 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days) |
| JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML | 4 | PA BvD; ST |
| KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 21 days) |
| KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days) |
| KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (49 per 28 days) |
| KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (70 per 28 days) |
| KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (91 per 28 days) |

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 ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days) |
| KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days) |
| KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (63 per 28 days) |
| KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days) |
| KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| KRAZATI ORAL TABLET 200 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| <i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb) | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| <i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |
| LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2) | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| <i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara) | 2 | |
| LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG | 5 | NM; NDS |
| <i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i> | 4 | PA NSO |
| <i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i> | 2 | PA NSO |
| LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days) |
| LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days) |

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 |
|--|------------------------------|---------------------------------------|
| LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML) | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| LORBRENA ORAL TABLET 100 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| LORBRENA ORAL TABLET 25 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days) |
| LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| LYSODREN ORAL TABLET 500 MG | 5 | NM; NDS |
| LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (140 per 28 days) |
| MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |

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 |
|---|------------------------------|---|
| MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG | 5 | NM; NDS |
| <i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i> | 2 | |
| MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (1260 per 30 days) |
| MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| MEKINIST ORAL TABLET 2 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| <i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i> | 2 | |
| <i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i> | 2 | |
| <i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i> | 2 | PA BvD; ST |
| <i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i> | 2 | |
| MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| NERLYNX ORAL TABLET 40 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| <i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron) | 5 | NM; NDS |
| NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days) |
| NUBEQA ORAL TABLET 300 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG | 5 | PA NSO; NM; LA; NDS |

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 |
|---|------------------------------|--|
| OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| OJEMDA 100 MG TAB (400 MG DOSE) 400 MG/WEEK (100 MG X 4) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days) |
| OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (96 per 28 days) |
| OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days) |
| OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 28 days) |
| OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| ORSERDU ORAL TABLET 345 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| ORSERDU ORAL TABLET 86 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| <i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i> | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|--|
| <i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i> | 2 | PA BvD |
| <i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane) | 5 | PA BvD; NM; NDS |
| <i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| <i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i> | 5 | NM; NDS |
| <i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i> | 5 | NM; NDS |
| <i>pemetrexed intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i> | 5 | NM; NDS |
| PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML | 5 | NM; NDS |
| PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |
| PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days) |
| POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days) |
| PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML | 5 | NM; NDS |
| QINLOCK ORAL TABLET 50 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|------------------------------|---------------------------------------|
| RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML) | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days) |
| RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days) |
| SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days) |
| SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML | 5 | NM; NDS |
| <i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|------------------------------|--|
| STIVARGA ORAL TABLET 40 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days) |
| <i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |
| SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine) | 4 | |
| TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days) |
| TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (900 per 30 days) |
| TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG | 5 | PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days) |
| TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| <i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i> | 2 | |
| TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days) |
| TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days) |
| TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML) | 5 | PA NSO; NM; NDS |

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 |
|---|------------------------------|--------------------------------------|
| TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG | 4 | |
| TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days) |
| <i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide) | 2 | |
| <i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston) | 5 | NM; NDS |
| <i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (everolimus (antineoplastic)) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| <i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (everolimus (antineoplastic)) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG | 4 | PA NSO |
| <i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i> | 5 | NM; NDS |
| TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (64 per 28 days) |
| 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) | 5 | PA NSO; NM; NDS |

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 |
|---|------------------------------|---|
| TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| TUKYSA ORAL TABLET 150 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| TUKYSA ORAL TABLET 50 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days) |
| TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG | 3 | PA NSO; LA; QL (60 per 30 days) |
| VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG | 5 | PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days) |
| VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG | 5 | PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days) |
| VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG | 5 | PA NSO; NM; LA; NDS |
| VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days) |
| <i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i> | 2 | PA BvD |
| <i>vincasar pfs intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i> (vincristine) | 2 | PA BvD |
| <i>vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i> (Vincasar PFS) | 2 | PA BvD |
| <i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i> | 2 | |
| VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|------------------------------|---------------------------------------|
| VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days) |
| VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| VONJO ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| WELIREG ORAL TABLET 40 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| XALKORI ORAL PELLETT 150 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| XALKORI ORAL PELLETT 20 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days) |
| XALKORI ORAL PELLETT 50 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML | 4 | PA BvD; ST |
| XOSPATA ORAL TABLET 40 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days) |
| XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 28 days) |
| XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days) |
| XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days) |
| XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |

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 |
|--|------------------------------|--|
| XTANDI ORAL TABLET 40 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| XTANDI ORAL TABLET 80 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| YONSA ORAL TABLET 125 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days) |
| ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG | 4 | PA NSO |
| ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG | 5 | NM; NDS |
| ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days) |
| ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days) |

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 Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias | | |
| Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias | | |
| <i>acamprosate oral tablet, delayed release (drlec) 333 mg</i> | 2 | |
| <i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i> | 2 | QL (90 per 30 days) |
| <i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone) | 2 | QL (90 per 30 days) |
| <i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i> | 2 | QL (90 per 30 days) |
| <i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i> | 2 | |
| <i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 2 | |
| KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION | 3 | QL (4 per 30 days) |
| <i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan) | 2 | QL (4 per 30 days) |
| <i>naltrexone oral tablet 50 mg</i> | 2 | |
| NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG | 4 | |
| NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML | 4 | QL (240 per 180 days) |

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 |
|--|-----------------------|----------------------------|
| <i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg (56 pack)</i> | 2 | QL (336 per 365 days) |
| <i>varenicline oral tablet 1 mg</i> (Chantix) | 2 | QL (336 per 365 days) |
| <i>varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box) | 2 | |
| Agentes Antiansiedad | | |
| Benzodiazepinas | | |
| <i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax) | 1 | QL (120 per 30 days) |
| <i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax) | 1 | QL (150 per 30 days) |
| <i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Xanax XR) | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 3 mg</i> (Xanax XR) | 2 | QL (90 per 30 days) |
| <i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i> | 1 | QL (120 per 30 days) |
| <i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin) | 1 | QL (90 per 30 days) |
| <i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin) | 1 | QL (300 per 30 days) |
| <i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> | 2 | QL (90 per 30 days) |
| <i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i> | 2 | QL (300 per 30 days) |
| <i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i> | 2 | QL (180 per 30 days) |
| <i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i> | 2 | QL (10 per 28 days) |
| <i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (diazepam) | 2 | QL (1200 per 30 days) |
| <i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i> | 2 | QL (1200 per 30 days) |
| <i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium) | 1 | QL (120 per 30 days) |
| <i>estazolam oral tablet 1 mg</i> | 2 | 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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>estazolam oral tablet 2 mg</i> | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>flurazepam oral capsule 15 mg</i> | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>flurazepam oral capsule 30 mg</i> | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i> (Lorazepam Intensol) | 2 | QL (150 per 30 days) |
| <i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i> (Ativan) | 1 | |
| <i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i> (Ativan) | 1 | QL (2 per 30 days) |
| <i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> (Ativan) | 4 | QL (2 per 30 days) |
| <i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i> | 1 | QL (2 per 30 days) |
| <i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i> (lorazepam) | 2 | QL (150 per 30 days) |
| <i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan) | 1 | QL (90 per 30 days) |
| <i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan) | 1 | QL (150 per 30 days) |
| <i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril) | 1 | QL (30 per 30 days) |
| <i>temazepam oral capsule 22.5 mg</i> (Restoril) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i> (Restoril) | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i> (Halcion) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| Agentes Antidemencia | | |
| Agentes Antidemencia | | |
| <i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept) | 1 | QL (30 per 30 days) |
| <i>donepezil oral tablet 23 mg</i> (Aricept) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg</i> | 2 | |
| <i>donepezil oral tablet, disintegrating 5 mg</i> | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>ergoloid oral tablet 1 mg</i> | 2 | |
| <i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i> | 2 | QL (30 per 30 days) |

Puede encontrar información sobre qué 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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i> | 2 | QL (200 per 30 days) |
| <i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i> | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>memantine oral capsule, sprinkle, er</i> (Namenda XR) <i>24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i> | 2 | ST; QL (30 per 30 days) |
| <i>memantine oral solution 2 mg/ml</i> | 2 | QL (300 per 30 days) |
| <i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 2 | QL (60 per 30 days) |
| NAMZARIC ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG | 4 | ST |
| NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG | 4 | ST; QL (30 per 30 days) |
| <i>rivastigmine tartrate oral capsule</i> <i>1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i> | 2 | |
| <i>rivastigmine transdermal patch 24</i> (Exelon Patch) <i>hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24</i> <i>hour, 9.5 mg/24 hour</i> | 2 | QL (30 per 30 days) |
| Agentes Antidiabetico | | |
| Agentes Antidiabeticos, Varios | | |
| <i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg,</i> (Precose) <i>50 mg</i> | 2 | |
| FARXIGA ORAL TABLET 10 (dapagliflozin MG, 5 MG propanediol) | 3 | QL (30 per 30 days) |
| GLYXAMBI ORAL TABLET 10- 5 MG, 25-5 MG | 3 | QL (30 per 30 days) |
| JANUMET ORAL TABLET 50- 1,000 MG, 50-500 MG | 3 | QL (60 per 30 days) |
| JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100- 1,000 MG | 3 | QL (30 per 30 days) |

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

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) | 3 | PA; QL (3 per 28 days) |
| <i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos) | 1 | QL (30 per 30 days) |
| <i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i> | 2 | QL (90 per 30 days) |
| <i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus MET) | 2 | QL (90 per 30 days) |
| <i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>repaglinide oral tablet 2 mg</i> | 2 | QL (240 per 30 days) |
| RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG | 3 | PA; QL (30 per 30 days) |
| SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days) |
| SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days) |
| SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG | 3 | QL (60 per 30 days) |
| SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG | 3 | QL (30 per 30 days) |
| SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG | 3 | QL (60 per 30 days) |
| TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG | 3 | QL (30 per 30 days) |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|-----------------------|--|
| TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5- 1,000 MG, 25-5-1,000 MG | 3 | QL (30 per 30 days) |
| TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5- 2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG | 3 | QL (60 per 30 days) |
| TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML | 3 | PA; QL (2 per 28 days) |
| XIGDUO XR ORAL TABLET, (dapaglifloz propaned- IR - ER, BIPHASIC 24HR 10- metformin) 1,000 MG | 3 | QL (30 per 30 days) |
| XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-500 MG | 3 | QL (30 per 30 days) |
| XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5- 1,000 MG, 5-500 MG | 3 | QL (60 per 30 days) |
| XIGDUO XR ORAL TABLET, (dapaglifloz propaned- IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 metformin) MG | 3 | QL (60 per 30 days) |
| Insulinas | | |
| FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) | 6 | max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days) |
| FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML) | 6 | max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days) |
| FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML | 6 | max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days) |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML | 6 | 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) | 6 | max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days) | |
| <i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i> | (Novolog Mix 70- 30FlexPen U-100) | 6 | max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days) |
| <i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i> | (Novolog Mix 70-30 U- 100 Insuln) | 6 | max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days) |
| <i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i> | (Novolog PenFill U- 100 Insulin) | 6 | max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days) |
| <i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i> | (Novolog FlexPen U- 100 Insulin) | 6 | max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days) |
| <i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i> | (Novolog U-100 Insulin aspart) | 6 | 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) | 6 | max \$35 copay per month supply |
| LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML | (insulin glargine) | 6 | max \$35 copay per month supply |
| NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70- 30) | | 6 | 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) | | 6 | 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 N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) | 6 | max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days) |
| NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML | 6 | max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days) |
| NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) | 6 | max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days) |
| NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML | 6 | max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days) |
| SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML | (insulin glargine-yfgn) 6 | max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days) |
| SEMGLEE(INSULIN GLARG- YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) | (insulin glargine-yfgn) 6 | max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days) |
| SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML | 6 | 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) 6 | max \$35 copay per month supply; QL (18 per 28 days) |
| TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML) | (insulin glargine u-300 conc) 6 | max \$35 copay per month supply; QL (13.5 per 28 days) |
| TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) | (insulin degludec) 6 | 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 |
|--|------------------------------|--|
| TRESIBA FLEXTOUCH U-200 (insulin degludec) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) | 6 | max \$35 copay per month supply; QL (18 per 28 days) |
| TRESIBA U-100 INSULIN (insulin degludec) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML | 6 | max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days) |
| XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) | 6 | max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days) |
| Sulfonilureas | | |
| <i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i> | 1 | QL (30 per 30 days) |
| <i>glimepiride oral tablet 4 mg</i> | 1 | QL (60 per 30 days) |
| <i>glipizide oral tablet 10 mg</i> | 1 | QL (120 per 30 days) |
| <i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i> | 1 | QL (60 per 30 days) |
| <i>glipizide oral tablet 5 mg</i> | 1 | QL (240 per 30 days) |
| <i>glipizide oral tablet extended release (Glucotrol XL) 24hr 10 mg</i> | 1 | QL (60 per 30 days) |
| <i>glipizide oral tablet extended release (Glucotrol XL) 24hr 2.5 mg, 5 mg</i> | 1 | QL (30 per 30 days) |
| <i>glipizide-metformin oral tablet 2.5- 250 mg</i> | 2 | QL (240 per 30 days) |
| <i>glipizide-metformin oral tablet 2.5- 500 mg, 5-500 mg</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i> | 1 | |
| <i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> | 1 | |
| <i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i> | 1 | |
| Agentes Antigota | | |
| Agentes Antigota, Otros | | |
| <i>allopurinol oral tablet 100 mg (Zyloprim)</i> | 1 | |
| <i>allopurinol oral tablet 300 mg</i> | 1 | |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|-----------------------|---------------------------------|
| <i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i> (Mitigare) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcrys) | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric) | 2 | ST; QL (30 per 30 days) |
| <i>probenecid oral tablet 500 mg</i> | 2 | |
| <i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i> | 2 | |
| Agentes Antimigraña | | |
| Agentes Antimigraña | | |
| AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 225 MG/1.5 ML | 3 | PA; QL (1.5 per 30 days) |
| AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML | 3 | PA; QL (1.5 per 30 days) |
| <i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal) | 5 | ST; NM; NDS; QL (8 per 28 days) |
| EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML | 3 | PA; QL (2 per 30 days) |
| EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML | 3 | PA; QL (2 per 30 days) |
| EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) | 3 | PA; QL (3 per 30 days) |
| <i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i> | 2 | QL (9 per 30 days) |
| NURTEC ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 75 MG | 3 | PA; QL (18 per 30 days) |
| QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG | 3 | PA; QL (30 per 30 days) |
| <i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt) | 2 | QL (18 per 30 days) |
| <i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i> | 2 | QL (18 per 30 days) |

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 |
|---|------------------------------|--------------------------------|
| <i>rizatriptan oral tablet, disintegrating</i> (Maxalt-MLT) 10 mg | 2 | QL (18 per 30 days) |
| <i>rizatriptan oral tablet, disintegrating</i> 5 mg | 2 | QL (18 per 30 days) |
| <i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i> (Imitrex STATdose <i>outer, suv</i> Pen) | 2 | QL (4 per 28 days) |
| <i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol</i> 20 mg/actuation, 5 mg/actuation | 2 | QL (12 per 30 days) |
| <i>sumatriptan succinate oral tablet</i> (Imitrex) 100 mg | 2 | QL (9 per 30 days) |
| <i>sumatriptan succinate oral tablet</i> 25 (Imitrex) mg, 50 mg | 2 | QL (18 per 30 days) |
| <i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> (Imitrex STATdose <i>cartridge 6 mg/0.5 ml</i> Refill) | 2 | QL (4 per 28 days) |
| <i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> (Imitrex STATdose <i>pen injector 4 mg/0.5 ml</i> Pen) | 4 | QL (4 per 28 days) |
| <i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> (Imitrex STATdose <i>pen injector 6 mg/0.5 ml</i> Pen) | 2 | QL (4 per 28 days) |
| <i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> (Imitrex) <i>solution 6 mg/0.5 ml</i> | 2 | QL (5 per 28 days) |
| <i>sumatriptan-naproxen oral tablet</i> (Treximet) 85-500 mg | 2 | QL (9 per 27 days) |
| UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG | 3 | PA; QL (16 per 30 days) |
| <i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5</i> (Zomig) <i>mg</i> | 2 | QL (12 per 30 days) |
| <i>zolmitriptan oral</i> <i>tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i> | 2 | QL (12 per 30 days) |
| Agentes Antinausea | | |
| Agentes Antinausea | | |
| <i>aprepitant oral capsule 125 mg</i> | 2 | PA BvD; QL (2 per 28 days) |
| <i>aprepitant oral capsule 40 mg</i> | 2 | PA BvD; QL (1 per 28 days) |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend) | 2 | PA BvD; QL (4 per 28 days) |
| <i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend) | 2 | PA BvD |
| <i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine) | 2 | |
| <i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol) | 2 | PA; QL (60 per 30 days) |
| EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.) | 4 | PA BvD; QL (6 per 28 days) |
| <i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i> | 2 | PA BvD |
| <i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i> | 1 | |
| <i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine)) | 1 | |
| <i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i> | 2 | PA BvD |
| <i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i> | 2 | PA BvD |
| <i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i> | 2 | PA BvD |
| <i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i> | 2 | |
| <i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine) | 2 | |
| <i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro) | 2 | |
| <i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 1 | |
| <i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Promethegan) | 2 | |
| <i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (promethazine) | 2 | |
| <i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop) | 2 | QL (10 per 30 days) |

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 Antiparasitarios | | |
| Agentes Antiparasitarios | | |
| <i>albendazole oral tablet 200 mg</i> | 5 | NM; NDS |
| <i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron) | 2 | |
| <i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone) | 2 | |
| <i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric) | 2 | |
| <i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 2 | |
| COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG | 4 | |
| <i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i> | 2 | QL (180 per 30 days) |
| <i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil) | 2 | QL (90 per 30 days) |
| <i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i> (Sovuna) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i> | 2 | QL (60 per 30 days) |
| IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days) |
| <i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol) | 2 | |
| <i>mefloquine oral tablet 250 mg</i> | 2 | |
| <i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia) | 5 | NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| <i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin) | 2 | |
| <i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent) | 2 | PA BvD |
| <i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam) | 2 | |
| <i>praziquantel oral tablet 600 mg</i> (Biltricide) | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|----------------------------------|
| PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE) | 4 | |
| <i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim) | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin) | 2 | PA |
| <i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 2 | |
| Agentes Antiparkinson | | |
| Agentes Antiparkinson | | |
| <i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i> | 2 | |
| <i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i> | 2 | |
| <i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i> (APOKYN) | 5 | PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| <i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> | 2 | |
| <i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel) | 2 | |
| <i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel) | 2 | |
| <i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i> | 2 | |
| <i>carbidopa oral tablet 25 mg</i> (Lodosyn) | 2 | |
| <i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet) | 2 | |
| <i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy) | 2 | |
| <i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i> | 2 | |
| <i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i> | 2 | |
| <i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i> | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|-----------------------------------|
| <i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i> | 2 | |
| <i>entacapone oral tablet 200 mg</i> | 2 | |
| INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (300 per 30 days) |
| KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days) |
| KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR | 4 | ST; QL (30 per 30 days) |
| ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG | 4 | PA; QL (30 per 30 days) |
| OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG, 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1) | 4 | ST |
| <i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i> | 2 | |
| <i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect) | 2 | |
| <i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i> | 2 | |
| <i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i> | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i> | 2 | |
| <i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| Agentes Antipsicóticos | | |
| Agentes Antipsicóticos | | |
| ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML | 5 | NM; NDS; QL (2.4 per 42 days) |
| ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML | 5 | NM; NDS; QL (3.2 per 42 days) |
| ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG | 5 | NM; NDS; QL (1 per 26 days) |
| ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG | 5 | NM; NDS; QL (1 per 26 days) |
| <i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify) | 2 | |
| <i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i> | 2 | ST; QL (90 per 30 days) |
| <i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i> | 2 | ST; QL (60 per 30 days) |
| ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML | 5 | NM; NDS; 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 | 5 | NM; NDS; QL (3.9 per 14 days) |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML | 5 | NM; NDS; QL (1.6 per 14 days) |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML | 5 | NM; NDS; QL (2.4 per 14 days) |
| ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML | 5 | NM; NDS; QL (3.2 per 14 days) |
| <i>asenapine maleate sublingual tablet</i> (Saphris) <i>10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> | 2 | QL (60 per 30 days) |
| CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG | 5 | ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| <i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Clozaril) | 2 | |
| <i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i> | 2 | ST; QL (90 per 30 days) |
| <i>clozapine oral tablet, disintegrating 150 mg</i> | 2 | ST; QL (180 per 30 days) |
| <i>clozapine oral tablet, disintegrating 200 mg</i> | 2 | ST; QL (120 per 30 days) |

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 TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG | 5 | ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) | 4 | ST |
| <i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i> | 2 | |
| <i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i> (Haldol Decanoate) | 2 | |
| <i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML | 5 | NM; NDS; QL (3.5 per 166 days) |
| INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML | 5 | NM; NDS; QL (5 per 166 days) |

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 | 5 | NM; NDS; QL (0.75 per 21 days) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML | 5 | NM; NDS; QL (1 per 21 days) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML | 5 | NM; NDS; QL (1.5 per 21 days) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML | 3 | QL (0.25 per 21 days) |
| INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML | 5 | NM; NDS; QL (0.5 per 21 days) |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML | 5 | NM; NDS; QL (0.88 per 70 days) |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML | 5 | NM; NDS; QL (1.32 per 70 days) |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML | 5 | NM; NDS; QL (1.75 per 70 days) |
| INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML | 5 | NM; NDS; QL (2.63 per 70 days) |
| <i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |

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

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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG | 5 | ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| <i>risperidone microspheres</i> (Risperdal Consta) <i>intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i> | 2 | QL (2 per 28 days) |
| <i>risperidone microspheres</i> (Risperdal Consta) <i>intramuscular suspension, extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i> | 5 | NM; NDS; QL (2 per 28 days) |
| <i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal) | 2 | |
| <i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i> | 2 | |
| <i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal) | 2 | |
| <i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> | 2 | |
| SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR | 5 | ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| <i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML | 5 | NM; NDS; QL (0.28 per 28 days) |
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML | 5 | NM; NDS; QL (0.35 per 28 days) |
| UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML | 5 | NM; NDS; QL (0.42 per 56 days) |

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

Puede encontrar información sobre qué 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 Calóricos | | |
| Agentes Calóricos | | |
| CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 % | 4 | PA BvD |
| CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 % | 4 | PA BvD |
| CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 % | 4 | PA BvD |
| CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 % | 4 | PA BvD |
| CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 % | 4 | PA BvD |
| CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 % | 4 | PA BvD |
| CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 % | 4 | PA BvD |
| CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 % | 4 | PA BvD |
| CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 % | 4 | PA BvD |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 % | 4 | PA BvD |
| CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 % | 4 | PA BvD |
| CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 % | 4 | PA BvD |
| CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 % | 4 | PA BvD |
| CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 % | 4 | PA BvD |
| <i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous parenteral solution</i> | 2 | |
| <i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous piggyback 5 %</i> | 2 | |
| PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 % | 4 | PA BvD |
| PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION | 4 | PA BvD |
| TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 % | 4 | PA BvD |

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

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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| MULTAQ ORAL TABLET 400 MG | 3 | |
| <i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone) | 2 | |
| <i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i> | 2 | |
| <i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i> | 2 | |
| <i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i> | 2 | |
| <i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i> | 2 | |
| Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos | | |
| <i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> | 2 | |
| <i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin) | 1 | |
| <i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100) | 2 | |
| <i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50) | 2 | |
| <i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i> | 2 | |
| <i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i> | 2 | |
| <i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg) | 1 | |
| <i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL) | 1 | |
| <i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i> | 2 | |
| <i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor) | 1 | |
| <i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i> | 1 | |
| <i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Corgard) | 2 | |
| <i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic) | 2 | |
| <i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA) | 2 | |
| <i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i> | 2 | |
| <i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> | 2 | |
| <i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol) | 2 | |
| <i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol) | 2 | |
| <i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF) | 2 | |
| <i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace) | 2 | |
| <i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> | 2 | |

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 | | |
| <i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl) | 2 | |
| <i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i> | 2 | |
| <i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i> (Tiadylt ER) | 2 | |
| <i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT) | 2 | |
| <i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem) | 2 | |
| <i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i> | 2 | |
| <i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg</i> (Cardizem LA) | 2 | |
| <i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (Matzim LA) | 2 | |
| <i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl) | 2 | |
| <i>matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl) | 2 | |
| <i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl) | 2 | |
| <i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl) | 2 | |
| <i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Verelan PM) | 2 | |

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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> | 2 | |
| <i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i> | 4 | |
| <i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i> | 1 | |
| <i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> | 2 | |
| Agentes Cardiovasculares, Varios | | |
| CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML | 3 | QL (600 per 30 days) |
| CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG (ivabradine) | 3 | QL (60 per 30 days) |
| <i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i> | 2 | |
| <i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek) | 2 | |
| <i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i> (Lanoxin) | 2 | |
| <i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml</i> (Auvi-Q) | 3 | QL (4 per 30 days) |
| <i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr) | 2 | QL (4 per 30 days) |
| <i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> | 3 | QL (4 per 30 days) |
| <i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q) | 2 | QL (4 per 30 days) |
| <i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 1 | |
| <i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Sajazir) | 5 | PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days) |
| <i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Corlanor) | 3 | QL (60 per 30 days) |
| <i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser) | 5 | NM; NDS |

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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i> | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant) | 5 | PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days) |
| SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML | 4 | QL (4 per 30 days) |
| SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine) | 4 | QL (4 per 30 days) |
| VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG | 4 | PA; QL (30 per 30 days) |
| Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii | | |
| <i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand) | 2 | |
| <i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT) | 2 | |
| ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG | 3 | QL (60 per 30 days) |
| ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLETT 15-16 MG, 6-6 MG | 3 | QL (240 per 30 days) |
| <i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro) | 2 | |
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide) | 2 | |
| <i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar) | 1 | |
| <i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar) | 1 | |
| <i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar) | 2 | |

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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>olmesartan-amlodipin-hcthiazyd oral</i> (Tribenzor) <i>tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg,</i> <i>40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25</i> <i>mg</i> | 2 | |
| <i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral</i> (Benicar HCT) <i>tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-</i> <i>25 mg</i> | 2 | |
| <i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40</i> (Micardis) <i>mg, 80 mg</i> | 2 | |
| <i>telmisartan-amlodipine oral tablet</i> <i>40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5</i> <i>mg</i> | 2 | |
| <i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral</i> (Micardis HCT) <i>tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-</i> <i>25 mg</i> | 2 | |
| <i>valsartan oral tablet 160 mg, 320</i> (Diovan) <i>mg, 40 mg, 80 mg</i> | 2 | |
| <i>valsartan-hydrochlorothiazide oral</i> (Diovan HCT) <i>tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-</i> <i>12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> | 2 | |
| Dihidropiridinas | | |
| <i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5</i> (Norvase) <i>mg, 5 mg</i> | 1 | |
| <i>amlodipine-benazepril oral capsule</i> (Lotrel) <i>10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20</i> <i>mg</i> | 1 | |
| <i>amlodipine-benazepril oral capsule</i> <i>2.5-10 mg, 5-40 mg</i> | 1 | |
| <i>amlodipine-olmesartan oral tablet</i> (Azor) <i>10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40</i> <i>mg</i> | 2 | |
| <i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-</i> (Exforge) <i>160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320</i> <i>mg</i> | 2 | |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| <i>amlodipine-valsartan-hcthiazyd oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i> (Exforge HCT) | 2 | |
| <i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML | 4 | ST; QL (300 per 30 days) |
| <i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i> | 2 | |
| <i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i> | 2 | |
| <i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL) | 2 | |
| <i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> | 2 | |
| Dislipidémicos | | |
| <i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i> (Caduet) | 2 | |
| <i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i> (Caduet) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i> | 2 | |
| <i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor) | 1 | QL (30 per 30 days) |
| <i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran) | 2 | |
| <i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame) | 2 | |
| <i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i> (WelChol) | 2 | |
| <i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol) | 2 | |
| <i>colestipol oral packet 5 gram</i> | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid) | 2 | |
| EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG | 4 | ST; QL (30 per 30 days) |
| <i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin 10-10) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i> | 2 | |
| <i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor) | 2 | |
| <i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg</i> (Fenoglide) | 2 | |
| <i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i> | 2 | |
| <i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release (drlec) 135 mg, 45 mg</i> (Trilipix) | 2 | |
| <i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i> | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL) | 2 | |
| <i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid) | 1 | |
| <i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i> (Vascepa) | 2 | QL (240 per 30 days) |
| <i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i> (Vascepa) | 2 | QL (120 per 30 days) |

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 | 5 | PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |
| JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days) |
| <i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> | 1 | |
| NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG | 3 | ST; QL (30 per 30 days) |
| NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG | 3 | ST; QL (30 per 30 days) |
| <i>niacin oral tablet 500 mg</i> (Niacor) | 2 | |
| <i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i> | 2 | |
| <i>niacor oral tablet 500 mg</i> (niacin) | 2 | |
| <i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza) | 2 | ST; QL (120 per 30 days) |
| <i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Livalo) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i> | 1 | |
| <i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i> | 1 | QL (30 per 30 days) |
| <i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame) | 2 | |
| REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML | 3 | ST; QL (7 per 28 days) |
| REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML | 3 | ST; QL (6 per 28 days) |
| REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML | 3 | ST; QL (6 per 28 days) |
| <i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> | 1 | QL (30 per 30 days) |
| <i>rosuvastatin oral tablet 40 mg</i> (Crestor) | 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 |
|--|------------------------------|-----------------------------------|
| <i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor) | 1 | QL (30 per 30 days) |
| <i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i> | 1 | QL (30 per 30 days) |
| Diuréticos | | |
| <i>amiloride oral tablet 5 mg</i> | 1 | |
| <i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i> | 2 | |
| <i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> | 2 | |
| <i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i> | 1 | |
| <i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i> | 1 | |
| <i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i> | 2 | |
| <i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix) | 1 | |
| <i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i> | 1 | |
| <i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 1 | |
| <i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i> | 1 | |
| JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| 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) | 5 | PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days) |
| <i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> | 2 | |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone) | 1 | |
| <i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i> | 2 | |
| <i>torse mide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i> | 1 | |
| <i>torse mide oral tablet 20 mg</i> (Soaanz) | 1 | |
| <i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i> | 1 | |
| <i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i> | 1 | |
| Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina | | |
| <i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin) | 1 | |
| <i>benazepril oral tablet 5 mg</i> | 1 | |
| <i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT) | 2 | |
| <i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i> | 2 | |
| <i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i> (Epaned) | 2 | ST; QL (1200 per 30 days) |
| <i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec) | 1 | |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic) | 1 | |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i> | 1 | |
| <i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> | 1 | |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i> | 2 | |
| <i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril) | 1 | |
| <i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic) | 1 | |
| <i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i> | 2 | |
| <i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> | 2 | |
| <i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril) | 1 | |
| <i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic) | 2 | |
| <i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace) | 1 | |
| <i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> | 1 | |
| <i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i> | 2 | |
| Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona | | |
| <i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna) | 2 | |
| <i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra) | 2 | |
| KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG | 3 | PA; QL (30 per 30 days) |
| <i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i> (CaroSpir) | 2 | ST; QL (600 per 30 days) |
| Vasodilatadores | | |
| <i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i> | 2 | |
| <i>isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg</i> (Isordil) | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradose) | 2 | |
| <i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i> | 2 | |
| <i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> | 1 | |
| <i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i> (BiDil) | 2 | |
| <i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i> (nitroglycerin) | 2 | |
| <i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> | 2 | |
| <i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat) | 2 | |
| <i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i> (Nitro-Dur) | 2 | |
| Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria | | |
| Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria | | |
| <i>alose tron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Lotronex) | 2 | |
| <i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal) | 2 | |
| <i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i> | 2 | |
| <i>budesonide rectal foam 2 mg/lactuation</i> (Uceris) | 2 | ST |
| DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG | 5 | ST; NM; NDS |
| <i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema) | 2 | |
| <i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i> (Delzicol) | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|--------------------------------|
| <i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i> (Pentasa) | 2 | |
| <i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso) | 2 | |
| <i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 1.2 gram</i> (Lialda) | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 800 mg</i> | 2 | |
| <i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i> (Rowasa) | 2 | |
| <i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa) | 2 | |
| <i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine) | 2 | |
| <i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs) | 4 | |
| Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica | | |
| Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica | | |
| <i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i> | 2 | QL (300 per 28 days) |
| <i>alendronate oral tablet 10 mg</i> | 1 | QL (30 per 30 days) |
| <i>alendronate oral tablet 35 mg</i> | 1 | QL (4 per 28 days) |
| <i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax) | 1 | QL (4 per 28 days) |
| <i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/lactuation</i> | 2 | |
| <i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol) | 2 | |
| <i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i> (Rocaltrol) | 2 | |
| <i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar) | 5 | NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| <i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i> | 2 | |

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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>ibandronate oral tablet 150 mg</i> | 2 | QL (1 per 28 days) |
| NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE | 5 | PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days) |
| <i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar) | 2 | |
| <i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i> | 2 | |
| RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG | 3 | QL (60 per 30 days) |
| <i>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel) | 2 | QL (1 per 28 days) |
| <i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i> | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>risedronate oral tablet 35 mg</i> (Actonel) | 2 | QL (4 per 28 days) |
| <i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i> | 2 | QL (4 per 28 days) |
| <i>risedronate oral tablet, delayed release (drlec) 35 mg</i> (Atelvia) | 2 | QL (4 per 28 days) |
| <i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i> | 5 | PA; NM; NDS; QL (2.48 per 28 days) |
| TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) | 5 | PA; NM; NDS; QL (1.56 per 30 days) |
| XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) | 5 | PA; NM; NDS |
| Agentes De Trastorno De Sueño | | |
| Agentes De Trastorno De Sueño | | |
| <i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil) | 2 | PA; QL (30 per 30 days) |
| BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG | 3 | QL (30 per 30 days) |

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 |
|--|------------------------------|--|
| <i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days) |
| <i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil) | 2 | PA; QL (30 per 30 days) |
| <i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil) | 2 | PA; QL (60 per 30 days) |
| <i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem) | 5 | PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days) |
| <i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i> (Hetlioz) | 5 | PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| <i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i> | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien) | 1 | QL (30 per 30 days) |
| <i>zolpidem oral tablet, ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i> (Ambien CR) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| Agentes Del Sistema Nervioso Central | | |
| Agentes Del Sistema Nervioso Central | | |
| <i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |

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 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (210 per 30 days) |
| AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) | 5 | PA; NM; NDS |
| AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days) |
| AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days) |
| AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days) |
| BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days) |
| <i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i> | 2 | |
| <i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra) | 2 | PA; QL (60 per 30 days) |
| <i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Focalin) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg</i> (Dexedrine Spansule) | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg, 5 mg</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i> (Zenedi) | 2 | QL (180 per 30 days) |
| <i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zenedi) | 2 | QL (90 per 30 days) |

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

01/01/2025

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

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) | 5 | PA; NM; NDS |
| INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (1.2 per 28 days) |
| <i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> | 1 | |
| <i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i> | 1 | |
| <i>lithium carbonate oral tablet (Lithobid) extended release 300 mg</i> | 2 | |
| <i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i> | 2 | |
| <i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i> | 2 | |
| MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA; NM; NDS |

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 |
|--|------------------------------|-----------------------------------|
| MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days) |
| MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS) | 3 | PA |
| MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS) | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>metadate er oral tablet extended release 20 mg</i> (methylphenidate hcl) | 2 | QL (90 per 30 days) |
| <i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i> (Metadate CD) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i> (Metadate CD) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Ritalin LA) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i> (Ritalin LA) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg</i> | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin) | 2 | QL (900 per 30 days) |
| <i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin) | 2 | QL (90 per 30 days) |
| <i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i> | 2 | QL (90 per 30 days) |
| <i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i> (Metadate ER) | 2 | QL (90 per 30 days) |

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 |
|--|------------------------------|-----------------------------------|
| <i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg (bx rating), 27 mg (bx rating), 54 mg (bx rating)</i> | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i> (Concerta) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i> (Concerta) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg (bx rating)</i> | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 72 mg</i> (Relexxii) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (20 per 180 days) |
| PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days) |
| PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days) |
| PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek) | 2 | |
| SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG | 3 | QL (60 per 30 days) |
| SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) | 3 | |
| <i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i> (Aubagio) | 5 | PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|------------------------------|-------------------------------------|
| <i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i> (Xenazine) | 5 | PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days) |
| VUMERITY ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 231 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| Agentes Del Tracto Respiratorio | | |
| Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros | | |
| <i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i> | 2 | PA BvD |
| BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG | 5 | NM; NDS; QL (560 per 28 days) |
| CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i> | 2 | PA BvD |
| FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days) |
| FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days) |
| KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days) |
| KALYDECO ORAL TABLET 150 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days) |
| NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML | 5 | PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days) |
| NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG | 5 | PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days) |

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 100 MG/ML | 5 | PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days) |
| NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML | 5 | PA; NM; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days) |
| OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days) |
| ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days) |
| <i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet) | 5 | PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days) |
| <i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet) | 5 | PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days) |
| <i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i> | 5 | PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| <i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet) | 5 | PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| <i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp) | 2 | QL (28 per 28 days) |
| <i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/150 MG (N), 50-75 MG (D)/75 MG (N) | 5 | PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days) |
| TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) | 5 | PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days) |
| TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) | 5 | PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days) |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|-----------------------|------------------------------------|
| WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 45 MG (2 PACK), 60 MG, 60 MG (2 PACK) | 5 | PA; NM; NDS; QL (1 per 21 days) |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados | | |
| ADVAIR HFA INHALATION (fluticasone propion- HFA AEROSOL INHALER 115- salmeterol) 21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION | 3 | QL (12 per 30 days) |
| AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION | 3 | QL (32.1 per 30 days) |
| ARNUIITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION | 3 | QL (30 per 30 days) |
| BREO ELLIPTA INHALATION (fluticasone furoate- BLISTER WITH DEVICE 100-25 vilanterol) MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE | 3 | QL (60 per 30 days) |
| BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE | 3 | QL (60 per 30 days) |

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 |
|---|------------------------------|--------------------------------|
| <i>breynd inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> (budesonide-formoterol) | 2 | QL (30.9 per 30 days) |
| <i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i> (Pulmicort) | 2 | PA BvD; QL (120 per 30 days) |
| <i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i> (Pulmicort) | 2 | PA BvD; QL (60 per 30 days) |
| <i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> (Breyna) | 2 | QL (30.6 per 30 days) |
| <i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i> | 2 | QL (12 per 30 days) |
| <i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i> | 2 | QL (24 per 30 days) |
| <i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i> | 2 | QL (21.2 per 30 days) |
| <i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (Wixela Inhub) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (fluticasone propion-salmeterol) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| Antileucotrinos | | |
| <i>montelukast oral tablet 10 mg</i> (Singulair) | 1 | |
| <i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i> (Singulair) | 2 | |
| <i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Accolate) | 2 | |
| Broncodilatadores | | |
| AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION | 3 | QL (32.1 per 30 days) |
| <i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> (Ventolin HFA) | 2 | QL (17 per 30 days) |

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

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 | |
|---|------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION | 4 | QL (2 per 30 days) | |
| SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE | 3 | QL (60 per 30 days) | |
| SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION | 3 | QL (4 per 30 days) | |
| STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION | 3 | QL (4 per 30 days) | |
| STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION | 3 | QL (4 per 28 days) | |
| <i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> | 2 | | |
| <i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i> | 2 | | |
| <i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i> | 2 | | |
| <i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i> | 2 | | |
| <i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i> | (Spiriva with HandiHaler) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200- 62.5-25 MCG | 3 | QL (60 per 30 days) | |
| Agentes Dentales Y Orales | | | |
| Agentes Dentales Y Orales | | | |
| <i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> | (Evoxac) | 2 | |

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

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i> | 2 | |
| <i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented)) | 2 | |
| <i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i> | 2 | |
| <i>clobetasol topical cream 0.05 %</i> | 2 | |
| <i>clobetasol topical foam 0.05 %</i> (Olux) | 2 | |
| <i>clobetasol topical gel 0.05 %</i> | 2 | |
| <i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i> (Clobex) | 2 | |
| <i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i> | 2 | |
| <i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex) | 2 | |
| <i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i> | 2 | |
| <i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i> (Olux-E) | 2 | |
| <i>desonide topical cream 0.05 %</i> (DesOwen) | 2 | |
| <i>desonide topical lotion 0.05 %</i> | 2 | |
| <i>desonide topical ointment 0.05 %</i> | 2 | |
| <i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i> (Topicort) | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i> (Topicort) | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i> (Topicort) | 2 | |
| <i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i> | 2 | QL (180 per 30 days) |
| EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 % | 3 | |
| <i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i> | 2 | |
| <i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar) | 2 | |
| <i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar) | 2 | |
| <i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i> | 2 | |
| <i>fluocinonide topical cream 0.1 %</i> (Vanos) | 2 | |
| <i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i> | 2 | |

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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i> | 2 | |
| <i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i> | 2 | |
| <i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i> (Fluocinonide-E) | 2 | |
| <i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i> | 2 | |
| <i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i> | 2 | |
| <i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i> | 2 | |
| <i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i> | 2 | |
| <i>hydrocortisone 2.5% cream</i> | 2 | |
| <i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i> (Locoid) | 2 | QL (236 per 30 days) |
| <i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| HYDROCORTISONE LOTION COMPLETE TOPICAL COMBO PACK 2 % | 2 | |
| <i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort) | 2 | |
| <i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Procto-Med HC) | 2 | |
| <i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i> | 2 | |
| <i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC)) | 1 | |
| <i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i> | 1 | |
| <i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i> | 2 | |

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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i> | 2 | |
| <i>mometasone topical cream 0.1 %</i> | 2 | |
| <i>mometasone topical ointment 0.1 %</i> | 2 | |
| <i>mometasone topical solution 0.1 %</i> | 2 | |
| <i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel) | 2 | QL (100 per 30 days) |
| <i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone) | 2 | |
| <i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone) | 2 | |
| <i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone) | 2 | |
| <i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i> | 2 | QL (100 per 30 days) |
| <i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %</i> | 1 | |
| <i>triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %, 0.5 %</i> (Triderm) | 1 | |
| <i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i> | 2 | |
| <i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i> | 2 | |
| <i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i> (Trianex) | 2 | |
| Agentes Dermatológicos, Otros | | |
| <i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin) | 2 | |
| <i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i> | 2 | |
| <i>acyclovir topical cream 5 %</i> (Zovirax) | 2 | QL (5 per 4 days) |
| <i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>ammonium lactate topical cream 12 %</i> | 2 | |

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 |
|--|------------------------------|----------------------------------|
| <i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (Skin Treatment) | 2 | |
| <i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac) | 5 | NM; NDS |
| <i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex) | 2 | |
| <i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i> | 2 | |
| <i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i> | 2 | QL (24 per 30 days) |
| ISOPROPYL ALCOHOL TOPICAL SWAB 70 % | 1 | |
| KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 % | 3 | QL (5 per 5 days) |
| <i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i> | 5 | NM; NDS |
| PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 % | 5 | NM; NDS; QL (60 per 28 days) |
| <i>penciclovir topical cream 1 %</i> (Denavir) | 2 | |
| <i>podofilox topical solution 0.5 %</i> | 2 | |
| REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 % | 5 | PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM | 4 | QL (180 per 30 days) |
| VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 % | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| <i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin) | 2 | |
| Antibacterianos Dermatológicos | | |
| <i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i> (Clindacin) | 2 | QL (100 per 30 days) |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i> | 2 | QL (180 per 30 days) |
| <i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ) | 2 | |
| <i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 % (1 % base) -5 %</i> (Neuac) | 2 | |
| <i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i> | 2 | |
| <i>ery pads topical swab 2 %</i> (erythromycin with ethanol) | 2 | |
| <i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i> (Erygel) | 2 | |
| <i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i> | 2 | |
| <i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i> (Benzamycin) | 2 | |
| <i>gentamicin topical cream 0.1 %</i> | 2 | QL (90 per 30 days) |
| <i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan) | 2 | |
| <i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan) | 2 | |
| <i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel) | 2 | |
| <i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i> (MetroLotion) | 2 | |
| <i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany) | 1 | QL (220 per 30 days) |
| <i>neuac topical gel 1.2 % (1 % base) -5 %</i> (clindamycin-benzoyl peroxide) | 1 | |
| <i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole) | 2 | |
| <i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i> | 2 | |
| <i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD) | 2 | |
| <i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine) | 4 | |
| <i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i> (Klaron) | 2 | |
| Escabicidas Y Pediculicidas | | |
| <i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide) | 2 | |

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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| Retinoides Dermatológicos | | |
| <i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin) | 2 | |
| ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 % | 4 | PA |
| <i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac) | 2 | |
| TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 % | 4 | |
| <i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita) | 2 | PA |
| <i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A) | 2 | PA |
| <i>tretinoin topical gel 0.01 %</i> (Retin-A) | 2 | PA |
| <i>tretinoin topical gel 0.025 %</i> (Avita) | 2 | PA |
| <i>tretinoin topical gel 0.05 %</i> (Atralin) | 2 | PA |
| Agentes Gastrointestinales | | |
| Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos | | |
| <i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i> | 2 | |
| <i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>cimetidine oral tablet 200 mg</i> (Acid Reducer (cimetidine)) | 2 | |
| <i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i> | 2 | |
| <i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i> (Acid Reducer (esomeprazole)) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i> (Nexium) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> (Nexium Packet) | 2 | ST; QL (30 per 30 days) |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium Packet) | 2 | ST; QL (60 per 30 days) |
| <i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i> | 2 | |
| <i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller) | 1 | |
| <i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid) | 1 | |
| <i>lansoprazole oral capsule, delayed release (drlec) 15 mg</i> (Acid Reducer (lansoprazole)) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>lansoprazole oral capsule, delayed release (drlec) 30 mg</i> (Prevacid) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec) | 2 | |
| <i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i> | 2 | |
| <i>nizatidine oral solution 150 mg/10 ml</i> | 2 | |
| <i>omeprazole oral capsule, delayed release (drlec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> | 1 | |
| <i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram</i> (Zegerid) | 5 | ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| <i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 40-1.1 mg-gram</i> (Zegerid) | 2 | ST; QL (30 per 30 days) |
| <i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg</i> (Protonix) | 1 | QL (30 per 30 days) |
| <i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 40 mg</i> (Protonix) | 1 | QL (60 per 30 days) |
| <i>rabeprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg</i> (AcipHex) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate) | 2 | |
| Agentes Gastrointestinales, Otros | | |
| <i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu) | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose) | 2 | |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom) | 2 | |
| <i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i> | 2 | |
| <i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i> | 2 | |
| <i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil) | 2 | |
| <i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose) | 2 | |
| GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose) | 2 | |
| <i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul) | 2 | |
| <i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte) | 2 | |
| IQIRVO ORAL TABLET 80 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| <i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i> | 2 | |
| <i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose) | 2 | |
| LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG | 3 | QL (30 per 30 days) |
| LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM | 3 | |
| <i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide)) | 2 | |
| <i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i> | 2 | |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan) | 1 | |
| MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG | 3 | QL (30 per 30 days) |
| OALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| RELISTOR ORAL TABLET 150 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (16.8 per 28 days) |
| RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (16.8 per 28 days) |
| RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (11.2 per 28 days) |
| <i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl) | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i> | 2 | |
| <i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i> | 2 | |
| <i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Reltone) | 5 | NM; NDS |
| <i>ursodiol oral capsule 300 mg</i> | 2 | |
| <i>ursodiol oral tablet 250 mg</i> (URSO 250) | 2 | |
| <i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte) | 2 | |
| VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM | 3 | |
| XERMELO ORAL TABLET 250 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days) |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|-----------------------|----------------------------|
| Laxantes | | |
| CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML | 3 | |
| <i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes) | 2 | |
| <i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes) | 2 | |
| <i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln) | 2 | |
| <i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (GaviLyte-G) | 2 | |
| <i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i> (GaviLyte-N) | 2 | |
| <i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit) | 3 | |
| <i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i> | 2 | |
| SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM | 3 | |
| Agentes Genitourinarios | | |
| Agentes Genitourinarios, Varios | | |
| <i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart) | 2 | |
| <i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i> (Jalyn) | 2 | |
| <i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar) | 1 | |
| <i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax) | 1 | |
| <i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> | 1 | |
| <i>tiopronin oral tablet 100 mg</i> (Thiola) | 5 | NM; NDS |

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 |
|---|-----------------------|----------------------------|
| Antiespasmódicos, Urinario | | |
| <i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz) | 2 | |
| <i>flavoxate oral tablet 100 mg</i> | 2 | |
| MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG (mirabegron) | 2 | |
| <i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Vesicare) | 1 | |
| <i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA) | 2 | |
| <i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol) | 2 | |
| <i>trospium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i> | 2 | |
| <i>trospium oral tablet 20 mg</i> | 2 | |
| Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador | | |
| Agentes Tiroideos Y Antitiroideos | | |
| <i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Euthyrox) | 1 | |
| <i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T) | 1 | |
| <i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel) | 2 | |

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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 1 | |
| <i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i> | 2 | |
| Andrógenos | | |
| <i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> (Oxandrin) | 2 | PA |
| <i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone) | 2 | PA |
| <i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i> | 2 | PA |
| <i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i> | 2 | PA; QL (5 per 28 days) |
| <i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/1.25 gram (1%)</i> (Vogelxo) | 2 | PA; QL (300 per 30 days) |
| <i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62%)</i> (AndroGel) | 2 | PA; QL (150 per 30 days) |
| <i>testosterone transdermal gel in packet 1% (25 mg/2.5gram), 1% (50 mg/5 gram)</i> (AndroGel) | 2 | PA; QL (300 per 30 days) |
| <i>testosterone transdermal solution in metered pump w/lapp 30 mg/lactuation (1.5 ml)</i> | 2 | PA; QL (180 per 30 days) |
| XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML | 3 | PA; QL (2 per 28 days) |
| Estrógenos Y Antiestrógenos | | |
| <i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet) | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>dotti transdermal patch semiweekly</i> (estradiol) 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 | 2 | QL (8 per 28 days) |
| DUAVEE ORAL TABLET 0.45- 20 MG | 3 | |
| <i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2</i> (Estrace) <i>mg</i> | 1 | |
| <i>estradiol transdermal patch</i> (Dotti) <i>semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375</i> <i>mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075</i> <i>mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> | 2 | QL (8 per 28 days) |
| <i>estradiol transdermal patch weekly</i> (Climara) <i>0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr,</i> <i>0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075</i> <i>mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> | 2 | QL (4 per 28 days) |
| <i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1</i> (Estrace) <i>mg/gram)</i> | 2 | |
| <i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvafem) | 2 | QL (18 per 28 days) |
| <i>estradiol valerate intramuscular oil</i> (Delestrogen) <i>10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>estradiol-norethindrone acet oral</i> <i>tablet 0.5-0.1 mg</i> | 2 | |
| <i>estradiol-norethindrone acet oral</i> (Mimvey) <i>tablet 1-0.5 mg</i> | 2 | |
| FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR | 4 | QL (1 per 84 days) |
| <i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg,</i> (norethindrone ac-eth <i>1-5 mg-mcg</i> estradiol) | 2 | |
| <i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol) | 2 | |
| <i>lyllana transdermal patch</i> (estradiol) <i>semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375</i> <i>mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075</i> <i>mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> | 2 | 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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet) | 2 | |
| <i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (Fyavolv) | 2 | |
| PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG | 3 | |
| PREMARIN ORAL TABLET 0.625 MG, 1.25 MG (conjugated estrogens) | 3 | |
| PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM | 3 | |
| PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14) | 3 | |
| PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG | 3 | |
| <i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista) | 2 | |
| <i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol) | 2 | QL (18 per 28 days) |
| Glucocorticoides/Mineralocorticoides | | |
| <i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i> | 2 | |
| <i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i> | 1 | |
| <i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i> | 2 | |
| HEMADY ORAL TABLET 20 MG | 4 | |
| <i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef) | 2 | |
| <i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol) | 2 | |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i> | 2 | |
| <i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak)) | 1 | |
| <i>prednisolone 15 mg/5 ml soln dlf 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i> | 2 | PA BvD |
| <i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i> | 2 | PA BvD |
| <i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i> | 2 | PA BvD |
| <i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred) | 2 | PA BvD |
| <i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i> | 2 | PA BvD |
| <i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i> | 1 | PA BvD |
| <i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i> | 2 | |
| <i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog) | 2 | |
| Pituitario | | |
| ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days) |
| ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days) |
| ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 UNIT/ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days) |
| <i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i> | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|---------------------------------------|
| <i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i> | 2 | |
| <i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP) | 2 | |
| EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (Somatuline Depot) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days) |
| LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED) | 5 | PA; NM; NDS |
| LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i> | 2 | |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|------------------------------|---------------------------------------|
| <i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) <i>100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i> | 2 | |
| ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| ORILISSA ORAL TABLET 150 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |
| ORILISSA ORAL TABLET 200 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days) |
| SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) | 5 | PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 per 28 days) |
| SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (0.3 per 28 days) |
| SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| Progestinas | | |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML | 3 | QL (0.65 per 84 days) |
| <i>medroxyprogesterone intramuscular suspension</i> 150 mg/ml (Depo-Provera) | 2 | QL (1 per 84 days) |
| <i>medroxyprogesterone intramuscular syringe</i> 150 mg/ml (Depo-Provera) | 2 | 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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera) | 1 | |
| <i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i> | 2 | |
| <i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> | 2 | |
| <i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium) | 2 | |
| Agentes Inmunológicos | | |
| Agentes Inmunológicos | | |
| ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML) | 5 | PA; NM; NDS |
| ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG (tacrolimus) | 4 | PA BvD |
| ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG (tacrolimus) | 5 | PA BvD; NM; NDS |
| AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran) | 2 | PA BvD |
| <i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i> | 2 | PA BvD |

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

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

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

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|------------------------------|--|
| HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML | 5 | PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074 |
| HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML | 5 | PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074 |
| HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML | 5 | PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074 |
| HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML | 5 | PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074 |
| HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML | 5 | PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074 |
| HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML | 5 | PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074 |
| HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML | 5 | PA; NM; NDS; 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 | 5 | PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074 |
| HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML | 5 | PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074 |
| HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML | 5 | PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074 |

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 | 5 | PA; NM; NDS |
| ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i> (Remicade) | 5 | PA; NM; NDS |
| KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava) | 2 | |
| <i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i> (CellCept Intravenous) | 2 | PA BvD |
| <i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> (CellCept) | 2 | PA BvD |
| <i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i> (CellCept) | 5 | PA BvD; NM; NDS |
| <i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i> (CellCept) | 2 | PA BvD |
| <i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (drlec) 180 mg, 360 mg</i> (Myfortic) | 2 | PA BvD |
| NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG | 5 | PA BvD; NM; NDS |
| ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| OTEZLA ORAL TABLET 30 MG | 5 | PA; NM; NDS |

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 STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) | 5 | PA; NM; NDS |
| PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML | 4 | PA BvD |
| PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG | 4 | PA BvD; 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 | 4 | ST |
| RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| REZUROCK ORAL TABLET 200 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG | 5 | NM; NDS |
| RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> | 5 | PA BvD; NM; NDS |
| <i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> | 2 | PA BvD |
| SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML | 5 | PA; NM; NDS |

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 KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2) | 5 | PA; NM; NDS |
| SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) | 5 | PA; NM; NDS |
| STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf) | 2 | PA BvD |
| TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| Vacunas | | |
| ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML | 3 | \$0 copay |

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

01/01/2025

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

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

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 | 3 | |
| DENG VAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML | 3 | QL (3 per 365 days) |
| ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML | 3 | PA BvD; \$0 copay |
| ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML | 3 | PA BvD; \$0 copay |
| ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML | 3 | PA BvD; \$0 copay |
| GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML | 3 | \$0 copay |
| GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML | 3 | \$0 copay |
| HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML | 3 | \$0 copay |
| HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML | 3 | |
| HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML | 3 | PA BvD; \$0 copay |

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

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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML | 3 | \$0 copay |
| MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML | 3 | \$0 copay |
| PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML | 3 | |
| PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML | 3 | |
| PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML | 3 | \$0 copay |
| PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML | 3 | \$0 copay |
| PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML | 3 | \$0 copay |
| PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML | 3 | |
| PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML | 3 | PA BvD; \$0 copay |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4- 4.2- 3.3CCID50/0.5ML | 3 | \$0 copay |
| PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3- 4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 | 3 | |
| QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML) | 3 | |
| QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML | 3 | |
| RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT | 3 | PA BvD; \$0 copay |
| RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML | 3 | PA BvD; \$0 copay |
| RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML | 3 | PA BvD; \$0 copay |
| ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML | 3 | |
| ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML | 3 | |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML | 3 | |
| SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML | 3 | \$0 copay; QL (2 per 365 days) |
| TDVAX INTRAMUSCULAR (tetanus-diphtheria SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 toxoids-td) ML | 3 | \$0 copay |
| TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML | 3 | \$0 copay |
| TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML | 3 | \$0 copay |
| TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML | 3 | |
| TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML | 3 | |
| TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML | 3 | \$0 copay |
| TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML | 3 | \$0 copay |
| TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML | 3 | \$0 copay |
| TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML | 3 | \$0 copay |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| TYPHIM VI (typhoid vi polysacch INTRAMUSCULAR SYRINGE vaccine) 25 MCG/0.5 ML | 3 | \$0 copay |
| VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML | 3 | |
| VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML | 3 | \$0 copay |
| VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML | 3 | |
| VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML | 3 | \$0 copay |
| VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML | 3 | \$0 copay |
| YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL) | 3 | \$0 copay |
| Agentes Oftálmicos | | |
| Agentes Antiglaucoma | | |
| <i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i> | 2 | |
| <i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i> | 2 | |
| <i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i> | 2 | |
| <i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|--------------------------------|
| <i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops</i> 0.03 % | 2 | QL (2.5 per 25 days) |
| <i>brimonidine ophthalmic (eye) drops</i> (Alphagan P) 0.1 %, 0.15 % | 2 | |
| <i>brimonidine ophthalmic (eye) drops</i> 0.2 % | 2 | |
| <i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops</i> 0.2-0.5 % (Combigan) | 2 | |
| <i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops, suspension</i> 1 % (Azopt) | 2 | |
| <i>carteolol ophthalmic (eye) drops</i> 1 % | 2 | |
| <i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops</i> 2 % | 2 | |
| <i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops</i> 22.3-6.8 mg/ml (Cosopt) | 2 | |
| <i>latanoprost ophthalmic (eye) drops</i> 0.005 % (Xalatan) | 1 | QL (2.5 per 25 days) |
| <i>levobunolol ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 % | 2 | |
| LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 % | 3 | QL (2.5 per 25 days) |
| <i>methazolamide oral tablet</i> 25 mg, 50 mg | 2 | |
| <i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops</i> 1 %, 2 %, 4 % | 2 | |
| RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 % | 3 | QL (2.5 per 25 days) |
| ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 % | 3 | QL (2.5 per 25 days) |
| SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 % | 3 | |
| <i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette</i> 0.0015 % (Zioptan (PF)) | 2 | QL (30 per 30 days) |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i> | 1 | |
| <i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i> | 2 | |
| <i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i> (Travatan Z) | 2 | QL (2.5 per 25 days) |
| VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 % | 4 | QL (5 per 30 days) |
| Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta | | |
| Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta | | |
| <i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i> | 2 | |
| <i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i> | 2 | |
| <i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Polycin) | 2 | |
| <i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> | 2 | |
| <i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i> | 2 | QL (7.5 per 7 days) |
| <i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i> | 2 | QL (3.5 per 4 days) |
| <i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> | 2 | |
| <i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i> | 2 | |
| <i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> | 2 | |
| <i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i> | 2 | |
| <i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox) | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 % | 4 | |
| <i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neo-Polycin HC) | 2 | |
| <i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neo-Polycin) | 2 | |
| <i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> (Maxitrol) | 2 | |
| <i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i> (Maxitrol) | 2 | |
| <i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i> | 2 | |
| <i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i> | 2 | |
| <i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i> | 2 | |
| <i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i> | 2 | |
| <i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (neomycin-bacitracin-poly-hc) | 2 | |
| <i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (neomycin-bacitracin-polymyxin) | 2 | |
| <i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> (Ocuflox) | 2 | |
| <i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i> | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>polycin ophthalmic (eye) ointment</i> (bacitracin-polymyxin b) 500-10,000 unit/gram | 2 | |
| <i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops</i> 10,000 unit-1 mg/ml | 1 | |
| <i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops</i> 10 % | 2 | |
| <i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment</i> 10 % | 2 | |
| <i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops</i> 10 %-0.23 % (0.25 %) | 2 | |
| <i>tobramycin ophthalmic (eye) drops</i> 0.3 % | 1 | |
| <i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension</i> 0.3-0.1 % | 2 | |
| <i>trifluridine ophthalmic (eye) drops</i> 1 % | 2 | |
| XDEMVIY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 % | 5 | PA; NM; NDS; QL (10 per 42 days) |
| ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 % | 4 | |
| ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 % | 3 | |
| Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta | | |
| ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 % (loteprednol etabonate) | 3 | ST |
| <i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> 0.07 % (Prolensa) | 2 | |
| <i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> 0.075 % (BromSite) | 2 | |
| <i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> 0.09 % | 2 | |

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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i> (Restasis) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> | 2 | |
| <i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> | 2 | |
| <i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Durezol) | 2 | |
| EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 % | 3 | QL (8.3 per 14 days) |
| <i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i> | 2 | QL (50 per 25 days) |
| <i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i> (DermOtic Oil) | 2 | |
| <i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i> (FML Liquifilm) | 4 | |
| <i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i> | 2 | |
| <i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i> (24 Hour Allergy Relief) | 1 | QL (16 per 30 days) |
| ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 % | 3 | |
| INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % | 3 | QL (5.6 per 14 days) |
| <i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Acular) | 2 | QL (10 per 25 days) |
| LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 % | 3 | QL (3.5 per 14 days) |
| LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 % | 3 | QL (5 per 16 days) |
| <i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i> (Lotemax) | 2 | QL (10 per 14 days) |
| <i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i> (Alrex) | 2 | ST |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i> (Lotemax) | 2 | QL (15 per 19 days) |
| <i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcglactuation</i> (Allergy Nasal (mometasone)) | 2 | QL (34 per 30 days) |
| <i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte) | 4 | |
| <i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i> | 2 | |
| XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 % | 3 | QL (60 per 30 days) |
| Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios | | |
| <i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> | 2 | |
| <i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine) | 2 | |
| <i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i> | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (Astepro Allergy) | 2 | QL (30 per 25 days) |
| <i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> | 2 | |
| <i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i> (Bepreve) | 2 | ST |
| <i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i> | 2 | |
| <i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> | 2 | |
| <i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i> | 2 | QL (30 per 28 days) |
| <i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i> | 2 | QL (15 per 10 days) |
| <i>olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %</i> (Patanase) | 2 | QL (30.5 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 |
|--|-----------------------|--------------------------------------|
| <i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Eye Allergy Itch-Redness Rlf) | 2 | |
| <i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Eye Allergy Itch Relief) | 2 | |
| Agentes Terapeuticos | | |
| Misceláneos | | |
| Agentes Terapeuticos Misceláneos | | |
| ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane) | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> | 2 | |
| COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem) | 2 | |
| ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG | 4 | |
| ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine (sickle cell)) | 5 | PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i> (Endari) | 5 | PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML | 3 | |
| GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML | 3 | |
| GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML | 3 | |

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 |
|---|------------------------------|--------------------------------|
| GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML | 3 | |
| <i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg</i> | 2 | |
| <i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg</i> (Vistaril) | 1 | |
| <i>hydroxyzine pamoate oral capsule 50 mg</i> | 1 | |
| <i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i> (Carnitor) | 2 | |
| <i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i> (Carnitor) | 2 | |
| <i>levocarnitine sf 1 g/10 ml sol 100 mg/ml</i> (Carnitor (sugar-free)) | 2 | |
| MESNEX ORAL TABLET 400 MG | 5 | NM; NDS |
| <i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i> (Rectiv) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i> (Mestinon) | 2 | |
| <i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i> | 2 | |
| <i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon) | 2 | |
| <i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i> (Mestinon Timespan) | 2 | |
| RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5 ML (160 MG/ML) | 5 | PA; NM; NDS |
| RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SYRINGE 128 MG/0.8 ML, 160 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |

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 |
|---|------------------------------|--------------------------------------|
| TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML) | 5 | PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days) |
| TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days) |
| TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML) | 5 | PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days) |
| THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days) |
| TYBOST ORAL TABLET 150 MG | 3 | QL (30 per 30 days) |
| VEOZAH ORAL TABLET 45 MG | 4 | PA; QL (30 per 30 days) |
| VOWST ORAL CAPSULE | 5 | PA; NM; NDS; QL (12 per 30 days) |
| ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML | 3 | |
| ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML | 3 | |
| ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| Agentes Vasodilatadores | | |
| Agentes Vasodilatadores | | |
| ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |

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 |
|---|------------------------------|--------------------------------------|
| <i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension)) | 5 | PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| <i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis) | 5 | PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| <i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer) | 5 | PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days) |
| OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| <i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio) | 2 | PA; QL (360 per 30 days) |
| <i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i> | 2 | PA |
| <i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (Cialis) | 2 | PA |
| <i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i> (Remodulin) | 5 | PA; NM; NDS |
| TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) | 5 | PA; NM; NDS |
| UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG | 5 | PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG | 5 | PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG | 5 | PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days) |
| UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60) | 5 | PA; NM; NDS |
| Analgésicos | | |
| Agentes Antiinflamatorios No Esteroides | | |
| <i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex) | 2 | QL (60 per 30 days) |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i> | 2 | |
| <i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 25 mg</i> | 2 | |
| <i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 50 mg</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 75 mg</i> | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i> | 2 | QL (300 per 30 days) |
| <i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Aleve (diclofenac)) | 2 | QL (1000 per 30 days) |
| <i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i> | 2 | PA; QL (100 per 28 days) |
| <i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram lactuation(2 %)</i> (Pennsaid) | 5 | PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days) |
| <i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50) | 2 | |
| <i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75) | 2 | |
| <i>diflunisal oral tablet 500 mg</i> | 2 | |
| <i>ec-naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i> (naproxen) | 2 | |
| <i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i> | 2 | |
| <i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine) | 2 | |
| <i>etodolac oral tablet 500 mg</i> | 2 | |
| <i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i> (Nalfon) | 2 | |
| <i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i> | 2 | |
| <i>ibu oral tablet 400 mg</i> (ibuprofen) | 1 | QL (240 per 30 days) |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen) | 1 | |
| <i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil) | 2 | |
| <i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i> (IBU) | 1 | QL (240 per 30 days) |
| <i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (IBU) | 1 | |
| <i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i> (Duexis) | 2 | PA; QL (90 per 30 days) |
| <i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i> | 2 | |
| <i>ketoprofen oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i> | 2 | |
| <i>ketorolac oral tablet 10 mg</i> | 2 | QL (20 per 30 days) |
| <i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i> | 2 | |
| <i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i> | 1 | |
| <i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i> | 2 | |
| <i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i> | 1 | |
| <i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn) | 1 | |
| <i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 375 mg</i> (EC-Naprosyn) | 2 | |
| <i>piroxicam oral capsule 10 mg</i> | 2 | |
| <i>piroxicam oral capsule 20 mg</i> (Feldene) | 2 | |
| <i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i> | 2 | |
| Analgésicos, Varios | | |
| <i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i> | 1 | QL (4500 per 30 days) |
| <i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i> | 2 | QL (360 per 30 days) |
| <i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i> | 2 | QL (180 per 30 days) |

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

01/01/2025

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

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 |
|---|------------------------------|-----------------------------------|
| <i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i> | 5 | PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days) |
| <i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i> | 2 | PA; QL (120 per 30 days) |
| <i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/1hr, 12 mcg/1hr, 25 mcg/1hr, 50 mcg/1hr, 75 mcg/1hr</i> | 2 | QL (10 per 30 days) |
| <i>fioricet oral capsule 50-300-40 mg</i> (butalbital-acetaminophen-caff) | 2 | QL (180 per 30 days) |
| <i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml(15 ml), 7.5-325 mg/15 ml</i> | 2 | QL (2700 per 30 days) |
| <i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg</i> | 2 | QL (180 per 30 days) |
| <i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-300 mg, 5-325 mg</i> | 2 | QL (240 per 30 days) |
| <i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i> | 2 | QL (150 per 30 days) |
| <i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i> (Dilaudid) | 2 | QL (1200 per 30 days) |
| <i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid) | 2 | QL (180 per 30 days) |
| <i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i> | 2 | QL (600 per 30 days) |
| <i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i> | 2 | QL (1200 per 30 days) |
| <i>methadone oral tablet 10 mg</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>methadone oral tablet 5 mg</i> | 2 | QL (180 per 30 days) |
| <i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i> | 2 | PA; QL (180 per 30 days) |
| <i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i> | 2 | QL (700 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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i> | 2 | QL (300 per 30 days) |
| MORPHINE ORAL TABLET 15 MG | 4 | QL (180 per 30 days) |
| MORPHINE ORAL TABLET 30 MG | 4 | QL (120 per 30 days) |
| <i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i> (MS Contin) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin) | 2 | QL (90 per 30 days) |
| <i>oxycodone oral capsule 5 mg</i> | 2 | QL (180 per 30 days) |
| <i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i> | 2 | PA; QL (120 per 30 days) |
| <i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i> | 2 | QL (1300 per 30 days) |
| <i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 2 | QL (180 per 30 days) |
| <i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone) | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>oxycodone oral tablet 20 mg</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet) | 2 | QL (180 per 30 days) |
| <i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet) | 2 | QL (360 per 30 days) |
| <i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet) | 2 | QL (240 per 30 days) |
| <i>oxymorphone oral tablet 10 mg</i> | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>oxymorphone oral tablet 5 mg</i> | 2 | QL (180 per 30 days) |
| <i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>tencon oral tablet 50-325 mg</i> (butalbital-acetaminophen) | 2 | QL (180 per 30 days) |
| <i>tramadol oral tablet 50 mg</i> | 1 | QL (240 per 30 days) |
| <i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i> | 2 | QL (300 per 30 days) |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>zebutal oral capsule 50-325-40 mg</i> (butalbital-acetaminophen-caff) | 2 | QL (180 per 30 days) |
| Anestésicos | | |
| Anestesia Local | | |
| <i>dermacinrx lidocan 5% patch outer</i> (lidocaine) | 2 | PA; QL (90 per 30 days) |
| <i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i> | 2 | PA |
| <i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan) | 2 | PA; QL (90 per 30 days) |
| <i>lidocaine topical ointment 5 %</i> | 2 | PA; QL (240 per 30 days) |
| <i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl) | 2 | |
| <i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i> | 2 | PA; QL (30 per 30 days) |
| <i>lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (lidocaine) | 2 | PA; QL (90 per 30 days) |
| ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 % | 3 | PA; QL (90 per 30 days) |
| Antagonistas De Metales Pesados | | |
| Antagonistas De Metales Pesados | | |
| <i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle) | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu) | 2 | PA |
| <i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Exjade) | 2 | 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 |
|--|------------------------------|-------------------------------------|
| <i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i> (Ferriprox) | 5 | PA; NM; NDS |
| FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs) | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine) | 5 | PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days) |
| Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa) | | |
| Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa) | | |
| <i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin) | 2 | |
| <i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole) | 2 | |
| <i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i> | 2 | |
| <i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i> | 2 | |
| Antibacterianos | | |
| Aminoglicósidos | | |
| <i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i> | 2 | |
| ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML | 5 | PA; NM; NDS; QL (235.2 per 28 days) |
| <i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i> | 2 | |
| <i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i> | 2 | |
| <i>neomycin oral tablet 500 mg</i> | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i> | 5 | NM; NDS |
| TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG | 5 | NM; NDS; QL (224 per 28 days) |
| <i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi) | 5 | PA BvD; NM; NDS |
| <i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i> (Bethkis) | 5 | PA BvD; NM; NDS |
| <i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i> | 2 | |
| Antibacteriales, Misceláneos | | |
| <i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl) | 2 | |
| <i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i> (clindamycin palmitate hcl) | 2 | |
| <i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin) | 2 | |
| <i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral) | 5 | NM; NDS |
| <i>daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg</i> | 5 | NM; NDS |
| <i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox) | 2 | |
| <i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox) | 5 | NM; NDS |
| <i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox) | 2 | |
| <i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i> (Hiprex) | 2 | |
| <i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.) | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 1 | |
| <i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Macrochantin) | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>nitrofurantoin monohydlm-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i> | 2 | |
| SYNERCID INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG | 5 | NM; NDS |
| <i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i> | 2 | |
| <i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i> | 2 | |
| <i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin) | 2 | QL (56 per 14 days) |
| <i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin) | 2 | QL (112 per 14 days) |
| <i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i> (Firvanq) | 2 | |
| XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG | 3 | PA; QL (9 per 30 days) |
| XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| Antibióticos B-Lactam Misceláneos | | |
| <i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam) | 2 | |
| CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML | 5 | PA; NM; LA; NDS |
| <i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i> | 2 | |
| <i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i> | 2 | |
| <i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV) | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i> | 2 | |
| Cefalosporinas | | |
| <i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i> | 2 | |
| <i>cefactor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i> | 2 | |
| <i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i> | 2 | |
| <i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i> | 2 | |
| <i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i> | 2 | |
| <i>cefdinir oral capsule 300 mg</i> | 2 | |
| <i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> | 2 | |
| <i>cefixime oral capsule 400 mg</i> | 2 | |
| <i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i> | 2 | |
| <i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i> | 2 | |
| <i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> | 2 | |

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

01/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué 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 |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| <i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 2 | |
| <i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i> | 2 | |
| DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML | 5 | NM; NDS; QL (136 per 10 days) |
| DIFICID ORAL TABLET 200 MG | 5 | NM; NDS; QL (20 per 10 days) |
| <i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules) | 2 | |
| <i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400) | 2 | |
| <i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 2 | |
| Penicilinas | | |
| <i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i> | 1 | |
| <i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i> | 1 | |
| <i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i> | 1 | |
| <i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i> | 2 | |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i> | 2 | |

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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin) | 2 | |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600) | 2 | |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i> | 2 | |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin) | 2 | |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i> (Augmentin XR) | 2 | |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i> | 2 | |
| <i>ampicillin oral capsule 500 mg</i> | 2 | |
| <i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i> | 2 | |
| <i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn) | 2 | |
| BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML | 4 | |
| <i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i> | 2 | |
| EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT | 4 | |
| <i>nafcillin 1 gm/ 50 ml inj 1 gram/50 ml</i> | 2 | |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>nafcillin injection recon soln 1 gram</i> | 2 | |
| <i>nafcillin injection recon soln 10 gram, 2 gram</i> | 2 | |
| <i>penicillin g potassium injection recon (Pfizerpen-G) soln 20 million unit</i> | 2 | |
| <i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i> | 2 | |
| <i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i> | 1 | |
| <i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i> | 2 | |
| Quinolonas | | |
| <i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg (Cipro)</i> | 1 | |
| <i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i> | 1 | |
| <i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i> | 2 | |
| <i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i> | 2 | |
| <i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i> | 2 | |
| <i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> | 1 | |
| <i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i> | 2 | |
| <i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i> | 2 | |
| <i>moxifloxacin-sod. chloride (iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml (Avelox in NaCl (iso-osmotic))</i> | 2 | |

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 |
|--|-----------------------|----------------------------|
| Sulfonamidas | | |
| <i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i> | 2 | |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim) | 2 | |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim) | 1 | |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS) | 1 | |
| Tetraciclinas | | |
| <i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i> | 2 | |
| <i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate) | 2 | |
| <i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100) | 2 | |
| <i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Morgidox) | 2 | |
| <i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i> | 2 | |
| <i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg</i> (Acticlate) | 2 | |
| <i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i> (Targadox) | 2 | |
| <i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i> | 2 | |
| <i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (drlec) 200 mg</i> (Doryx) | 2 | |
| <i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxyne NL) | 2 | |
| <i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i> | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox) | 2 | |

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

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 | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| <i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i> | 2 | | |
| <i>ashlyna oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> | (l norgest/e.estradiol-e.estradiol) | 2 | QL (91 per 84 days) |
| <i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> | (levonorgestrel-ethinyl estrad) | 2 | |
| <i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> | (norethindrone ac-eth estradiol) | 2 | |
| <i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> | (norethindrone ac-eth estradiol) | 2 | |
| <i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> | (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> | (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> | (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> | (levonorgestrel-ethinyl estrad) | 2 | |
| <i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | (levonorgestrel-ethinyl estrad) | 2 | |
| <i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> | (desog-e.estradiol/e.estradiol) | 2 | |
| <i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i> | | 2 | |
| <i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> | (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> | (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> | (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i> | | 2 | |
| <i>camila oral tablet 0.35 mg</i> | (norethindrone (contraceptive)) | 2 | |

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

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 |
|--|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i> | (norethindrone (contraceptive)) | 2 | |
| <i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> | (etonogestrel-ethinyl estradiol) | 2 | QL (1 per 28 days) |
| <i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> | (levonorg-eth estrad triphasic) | 2 | |
| <i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | (desogestrel-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>errin oral tablet 0.35 mg</i> | (norethindrone (contraceptive)) | 2 | |
| <i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> | (norgestimate-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i> | (Kelnor 1/35 (28)) | 2 | |
| <i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i> | (Kelnor 1-50 (28)) | 2 | |
| <i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> | (EluRyng) | 2 | QL (1 per 28 days) |
| <i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> | (levonorgestrel-ethinyl estrad) | 2 | |
| <i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> | (norgestimate-ethinyl estradiol) | 1 | |
| <i>gemmily oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> | (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> | (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> | (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> | (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> | (etonogestrel-ethinyl estradiol) | 2 | QL (1 per 28 days) |
| <i>heather oral tablet 0.35 mg</i> | (norethindrone (contraceptive)) | 2 | |

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

Puede encontrar información sobre qué 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 | 4 | |
| <i>l norgestle.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (Camrese Lo) | 2 | QL (91 per 84 days) |
| <i>l norgestle.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i> (Quartette) | 2 | QL (91 per 84 days) |
| <i>l norgestle.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (Amethia) | 2 | QL (91 per 84 days) |
| <i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol) | 2 | |
| <i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol) | 2 | |
| <i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad) | 2 | |
| <i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad) | 2 | |
| <i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (levonorg-eth estrad triphasic) | 2 | |
| <i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i> (Balcoltra) | 2 | |
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle) | 2 | |
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Altavera (28)) | 2 | |

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 |
|---|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)</i> | (Amethyst (28)) | 2 | |
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> | (Iclevia) | 2 | QL (91 per 84 days) |
| <i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> | (Enpresse) | 2 | |
| <i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | (levonorgestrel-ethinyl estrad) | 2 | |
| LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG | | 3 | |
| <i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | (levonorgestrel-ethinyl estrad) | 2 | |
| <i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> | (drospirenone-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> | (norgestrel-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> | (drospirenone-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>luteru (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> | (levonorgestrel-ethinyl estrad) | 2 | |
| <i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i> | (norethindrone (contraceptive)) | 2 | |
| <i>lyza oral tablet 0.35 mg</i> | (norethindrone (contraceptive)) | 2 | |
| <i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | (levonorgestrel-ethinyl estrad) | 2 | |
| <i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> | (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> | (norethindrone ac-eth estradiol) | 2 | |
| <i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> | (norethindrone ac-eth estradiol) | 2 | |

Puede encontrar información sobre qué 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 |
|---|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <i>microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> | (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> | (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> | (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> | (norgestimate-ethinyl estradiol) | 2 | |
| MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG | | 4 | |
| <i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> | (norgestimate-ethinyl estradiol) | 2 | |
| NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG | | 3 | |
| <i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> | (drospirenone-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> | (Xulane) | 2 | QL (3 per 28 days) |
| <i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i> | (Camila) | 2 | |
| <i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> | (Aurovela 1.5/30 (21)) | 2 | |
| <i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i> | (Aurovela 1/20 (21)) | 2 | |
| <i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> | (Gemmily) | 2 | |
| <i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> | (Aurovela Fe 1-20 (28)) | 2 | |
| <i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> | (Aurovela Fe 1.5/30 (28)) | 2 | |

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 |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|
| <i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> | (Tilia Fe) 2 | |
| <i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> | (Tri-Lo-Estarylla) 2 | |
| <i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> | (Tri-Estarylla) 2 | |
| <i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> | (Estarylla) 2 | |
| <i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i> | (norethindrone (contraceptive)) 1 | |
| <i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i> | 2 | |
| <i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> | (norethindrone-ethin estradiol) 2 | |
| <i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i> | 2 | |
| <i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> | (norethindrone-ethin estradiol) 2 | |
| <i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i> | 2 | |
| <i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> | (norgestimate-ethinyl estradiol) 2 | |
| <i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i> | 2 | |
| <i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> | (desog-e.estradiol/e.estradiol) 2 | |
| <i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i> | 2 | |
| <i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i> | (norethindrone-ethin estradiol) 2 | |
| <i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> | (levonorgestrel-ethinyl estrad) 2 | |
| <i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> | (norgestimate-ethinyl estradiol) 1 | |

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

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) 11mg-35mcg (9)</i> | (norethindrone-e.estradiol-iron) | 2 | |
| <i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> | (norgestimate-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> | (norgestimate-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> | (norgestimate-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> | (norgestimate-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> | (norgestimate-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> | (norgestimate-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> | (norgestimate-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> | (norgestimate-ethinyl estradiol) | 1 | |
| <i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> | (norgestimate-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> | (levonorg-eth estrad triphasic) | 2 | |
| <i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> | (norgestimate-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> | (norgestimate-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> | (norgestrel-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.11.125/1.15-25 mg-mcg</i> | | 2 | |
| <i>vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> | (drospirenone-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> | (levonorgestrel-ethinyl estrad) | 2 | |

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 |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| <i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol) | 2 | |
| <i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol) | 2 | |
| <i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mcg</i> | 2 | |
| <i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol) | 2 | |
| <i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (norelgestromin-ethin.estradiol) | 2 | QL (3 per 28 days) |
| <i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (norelgestromin-ethin.estradiol) | 2 | QL (3 per 28 days) |
| <i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (ethynodiol diac-eth estradiol) | 2 | |
| <i>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol) | 2 | |

Anticonvulsivos

Anticonvulsivos

| | | |
|---|---|----------------------------------|
| APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG | 5 | ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG | 5 | ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML | 3 | QL (80 per 30 days) |
| BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML | 3 | QL (600 per 30 days) |
| BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG | 3 | QL (60 per 30 days) |
| <i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Carbatrol) | 2 | |
| <i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Tegretol) | 2 | |

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 |
|--|------------------------------|---------------------------------------|
| <i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Epilex) | 2 | |
| <i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Tegretol XR) | 2 | |
| <i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i> | 2 | |
| <i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi) | 2 | QL (480 per 30 days) |
| <i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days) |
| DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days) |
| DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| <i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i> | 4 | |
| DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG | 4 | |
| <i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles) | 2 | |
| <i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER) | 2 | |
| <i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote) | 2 | |
| EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| <i>epilex oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine) | 2 | |
| EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML | 4 | ST |
| <i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin) | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin) | 2 | |
| <i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol) | 2 | |
| FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| <i>fosphephenytoin injection solution 100 mg per 2 ml, 500 mg per 10 ml</i> (Cerebyx) | 2 | |
| FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML | 5 | ST; NM; NDS; QL (720 per 30 days) |
| FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG | 5 | ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG | 4 | ST; QL (30 per 30 days) |
| FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG | 5 | ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| <i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin) | 2 | QL (360 per 30 days) |
| <i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin) | 2 | QL (270 per 30 days) |
| <i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin) | 2 | QL (2160 per 30 days) |
| <i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin) | 2 | QL (180 per 30 days) |
| <i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin) | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat) | 2 | QL (200 per 5 days) |
| <i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat) | 2 | QL (1200 per 30 days) |
| <i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite) | 1 | |

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 |
|---|------------------------------|--------------------------------|
| <i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Blue)) | 2 | |
| <i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg(14)- 50 mg (14)-100 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Orange)) | 2 | |
| <i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 50 mg (42) - 100 mg (14)</i> (Lamictal ODT Starter (Green)) | 2 | |
| <i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i> (Lamictal XR) | 2 | |
| <i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal) | 2 | |
| <i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT) | 2 | |
| <i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra) | 2 | |
| <i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra) | 2 | |
| <i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra) | 2 | |
| <i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR) | 2 | |
| LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG | 4 | QL (10 per 30 days) |
| <i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin) | 2 | |
| NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML) | 4 | QL (10 per 30 days) |
| <i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal) | 2 | |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal) | 2 | |
| <i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i> | 2 | |
| <i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i> | 2 | |
| <i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125) | 2 | |
| <i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs) | 2 | |
| <i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended) | 2 | |
| <i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek) | 2 | |
| <i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica) | 2 | QL (90 per 30 days) |
| <i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica) | 2 | QL (900 per 30 days) |
| <i>primidone oral tablet 125 mg</i> | 2 | |
| <i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline) | 2 | |
| <i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel) | 5 | ST; NM; NDS |
| <i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel) | 2 | ST |
| <i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel) | 5 | ST; NM; NDS |
| SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG | 5 | PA BvD; NM; NDS |
| SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG | 4 | 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 |
|--|------------------------------|---------------------------------------|
| <i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine) | 1 | |
| SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| <i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i> | 2 | |
| <i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax) | 2 | |
| <i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax) | 1 | |
| <i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i> | 2 | |
| <i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>valproic acid oral capsule 250 mg</i> | 2 | |
| VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) | 5 | NM; NDS; QL (10 per 30 days) |
| <i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| <i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| <i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| <i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| <i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin) | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |

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 |
|--|------------------------------|---|
| XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1- 150MG X1) | 4 | ST; QL (56 per 28 days) |
| XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG | 4 | ST; QL (30 per 30 days) |
| XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG | 4 | 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) | 4 | ST |
| ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML | 4 | |
| <i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran) | 2 | |
| <i>zonisamide oral capsule 50 mg</i> | 2 | |
| ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML | 5 | PA NSO; NM; NDS; QL (1080 per 30 days) |
| Antidepresivos | | |
| Antidepresivos | | |
| <i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> | 2 | |
| <i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i> | 2 | |
| <i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG | 5 | ST; NM; NDS |
| <i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i> | 2 | |
| <i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL) | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR) | 2 | |
| <i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa) | 1 | QL (120 per 30 days) |
| <i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa) | 1 | QL (30 per 30 days) |
| <i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil) | 2 | |
| <i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin) | 2 | |
| <i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i> | 2 | |
| <i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> | 2 | |
| <i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i> | 2 | |
| <i>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 40 mg</i> | 2 | QL (30 per 30 days) |
| EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR | 5 | ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| <i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro) | 1 | |
| FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26) | 4 | ST |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG | 4 | ST; QL (30 per 30 days) |
| <i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Prozac) | 1 | |
| <i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i> | 2 | |
| <i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i> | 2 | |
| MARPLAN ORAL TABLET 10 MG | 4 | |
| <i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron) | 2 | |
| <i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i> | 2 | |
| <i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab) | 2 | |
| <i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor) | 1 | |
| <i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil) | 2 | |
| <i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil) | 1 | |

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 |
|---|------------------------------|--------------------------------|
| <i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> (Paxil CR) | 2 | |
| <i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i> | 2 | |
| <i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil) | 2 | |
| <i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft) | 2 | |
| <i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft) | 1 | |
| SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3) | 5 | PA NSO; NM; NDS |
| <i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate) | 2 | |
| <i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i> | 1 | |
| <i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG | 3 | QL (30 per 30 days) |
| <i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i> | 4 | QL (60 per 30 days) |
| <i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR) | 2 | QL (90 per 30 days) |
| <i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i> | 2 | |
| <i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i> | 2 | QL (30 per 30 days) |
| <i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg</i> | 2 | QL (90 per 30 days) |

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

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i> (Diflucan) | 2 | |
| <i>fluconazole oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Diflucan) | 2 | |
| <i>fluconazole oral tablet 150 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon) | 5 | NM; NDS |
| <i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i> | 2 | |
| <i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i> | 2 | |
| <i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox) | 2 | |
| <i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i> (Sporanox) | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i> | 2 | |
| <i>ketoconazole topical cream 2 %</i> | 2 | QL (180 per 30 days) |
| <i>ketoconazole topical foam 2 %</i> (Extina) | 2 | ST; QL (100 per 30 days) |
| <i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i> | 2 | QL (360 per 30 days) |
| <i>micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i> (Mycamine) | 2 | |
| <i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i> | 2 | |
| NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i> | 2 | |
| <i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i> | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i> | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i> | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i> | 2 | |
| <i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i> | 2 | |
| <i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin) | 2 | QL (60 per 30 days) |
| <i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Noxafil) | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>posaconazole oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg</i> (Noxafil) | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i> | 1 | |
| <i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV) | 5 | PA BvD; NM; NDS |
| <i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend) | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i> (Vfend) | 2 | |
| Antihistamínicos | | |
| Antihistamínicos | | |
| <i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i> | 2 | |
| <i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i> | 2 | |
| <i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i> | 2 | |

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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i> (Xyzal) | 2 | |
| <i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief) | 1 | |
| <i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i> | 2 | |
| Antimicobacteriales | | |
| Antimicobacteriales | | |
| <i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i> | 2 | |
| <i>ethambutol oral tablet 100 mg</i> | 2 | |
| <i>ethambutol oral tablet 400 mg</i> (Myambutol) | 2 | |
| <i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i> | 2 | |
| <i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i> | 1 | |
| PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG | 4 | |
| <i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i> | 2 | |
| <i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin) | 2 | |
| <i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin) | 2 | |
| <i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i> | 2 | |
| SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| TRECTOR ORAL TABLET 250 MG | 4 | |
| Antivirales (Sistémico) | | |
| Antirretrovirales | | |
| <i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen) | 2 | |
| <i>abacavir oral tablet 300 mg</i> | 2 | |
| <i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i> | 2 | |

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 |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| APRETUDE (cabotegravir) INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) | 5 | NM; NDS; QL (24 per 365 days) |
| APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG | 5 | NM; NDS |
| <i>atazanavir oral capsule 150 mg</i> | 2 | |
| <i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz) | 2 | |
| BIKTARVY ORAL TABLET 30- 120-15 MG, 50-200-25 MG | 5 | NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML | 5 | NM; NDS |
| <i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i> | 5 | NM; NDS; QL (24 per 365 days) |
| <i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Apretude) | 5 | NM; NDS; QL (24 per 365 days) |
| CIMDUO ORAL TABLET 300- 300 MG | 5 | NM; NDS |
| COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG | 5 | NM; NDS |
| <i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista) | 5 | NM; NDS |
| DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG | 5 | NM; NDS |
| DESCOVY ORAL TABLET 120- 15 MG, 200-25 MG | 5 | NM; NDS |

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 |
|---|------------------------------|--------------------------------|
| <i>didanosine oral capsule, delayed release (drlec) 250 mg, 400 mg</i> | 2 | |
| DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG | 5 | NM; NDS |
| EDURANT ORAL TABLET 25 MG | 5 | NM; NDS |
| <i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>efavirenz oral tablet 600 mg</i> | 2 | |
| <i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i> (Atripla) | 5 | NM; NDS |
| <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo) | 5 | NM; NDS |
| <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi) | 5 | NM; NDS |
| <i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva) | 2 | |
| <i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i> (Truvada) | 5 | NM; NDS |
| <i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i> (Truvada) | 2 | |
| EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML | 4 | |
| EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML) | 4 | |
| <i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence) | 5 | NM; NDS |
| EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG | 5 | NM; NDS |
| <i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i> | 5 | NM; NDS |
| FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG | 5 | NM; NDS |
| GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG | 5 | NM; NDS |

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 |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| INTELENCE ORAL TABLET 25 MG | 4 | |
| ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG | 5 | NM; NDS |
| ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG | 5 | NM; NDS |
| ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG | 5 | NM; NDS |
| ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG | 5 | NM; NDS |
| ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG | 3 | |
| JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG | 5 | NM; NDS |
| <i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir) | 2 | |
| <i>lamivudine oral tablet 100 mg</i> | 2 | |
| <i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir) | 2 | |
| <i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i> | 2 | |
| LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML | 4 | |
| <i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra) | 2 | QL (480 per 30 days) |
| <i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra) | 2 | QL (300 per 30 days) |
| <i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra) | 2 | QL (120 per 30 days) |
| <i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry) | 5 | NM; NDS |
| <i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i> | 2 | QL (1200 per 30 days) |
| <i>nevirapine oral tablet 200 mg</i> | 2 | QL (60 per 30 days) |

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 |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| <i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i> | 2 | QL (90 per 30 days) |
| <i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i> | 2 | QL (30 per 30 days) |
| NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG | 4 | |
| NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML | 4 | |
| ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG | 5 | NM; NDS |
| PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG | 5 | NM; NDS |
| PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG | 5 | NM; NDS |
| PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML | 5 | NM; NDS |
| PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG | 5 | NM; NDS |
| RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML | 4 | |
| REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG | 5 | NM; NDS |
| <i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i> | 5 | NM; NDS |
| <i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir) | 2 | |
| RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG | 5 | NM; NDS |
| SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML | 5 | NM; NDS |
| SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG | 3 | |

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 |
|--|------------------------------|----------------------------------|
| SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG | 5 | NM; NDS |
| <i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> | 2 | |
| STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG | 5 | NM; NDS |
| SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK) | 5 | NM; NDS |
| SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML | 5 | PA BvD; NM; NDS |
| SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG | 5 | NM; NDS |
| TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG | 5 | NM; NDS |
| <i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread) | 2 | |
| TIVICAY ORAL TABLET 10 MG | 4 | |
| TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG | 5 | NM; NDS |
| TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG | 5 | NM; NDS |
| TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG | 5 | NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG | 4 | |
| TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG | 5 | NM; NDS |
| TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) | 5 | NM; NDS |
| VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG | 5 | ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|-----------------------|----------------------------------|
| VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG | 5 | NM; NDS |
| VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) | 5 | NM; NDS |
| VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG | 5 | NM; NDS |
| VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG | 4 | |
| <i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir) | 2 | |
| <i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir) | 2 | |
| <i>zidovudine oral tablet 300 mg</i> | 2 | |
| Antivirales Hcv | | |
| EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |
| EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days) |
| EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |
| EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (sofosbuvir-velpatasvir) | 5 | PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |
| HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |
| HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days) |
| HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |
| HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (ledipasvir-sofosbuvir) | 5 | PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |
| MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days) |
| VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|-----------------------|----------------------------------|
| Antivirales, Varios | | |
| LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu) | 2 | QL (84 per 180 days) |
| <i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu) | 2 | QL (48 per 180 days) |
| <i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu) | 2 | QL (42 per 180 days) |
| <i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu) | 2 | QL (540 per 180 days) |
| PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG | 3 | QL (20 per 5 days) |
| PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG | 3 | QL (30 per 5 days) |
| PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days) |
| RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION | 4 | QL (60 per 180 days) |
| <i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine) | 2 | |
| Interferones | | |
| INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML) | 5 | NM; NDS |
| PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| Nucleósidos Y Nucleótidos | | |
| <i>acyclovir oral capsule 200 mg</i> | 1 | |
| <i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax) | 2 | |

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 |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| <i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i> | 2 | |
| <i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i> | 2 | PA BvD |
| <i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera) | 2 | |
| <i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude) | 2 | |
| <i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> | 2 | |
| <i>lagevrio (eua) oral capsule 200 mg</i> | 4 | QL (40 per 5 days) |
| <i>ribavirin oral capsule 200 mg</i> | 2 | |
| <i>ribavirin oral tablet 200 mg</i> | 2 | |
| <i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex) | 2 | |
| <i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte) | 5 | NM; NDS |
| <i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte) | 2 | |

Dispositivos

| Dispositivos | | |
|---|---|--------|
| 1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| 1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| 1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| 1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| 1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| 1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| 1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| ADVOCATE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| ADVOCATE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ALCOHOL 70% SWABS (Alcohol Pads) | 1 | PA; ST |
| ALCOHOL PADS TOPICAL (alcohol swabs) PADS, MEDICATED | 1 | PA; ST |
| ALCOHOL PREP SWABS (alcohol swabs) TOPICAL PADS, MEDICATED | 1 | PA; ST |
| ALCOHOL WIPES TOPICAL (alcohol swabs) PADS, MEDICATED | 1 | PA; ST |
| AQINJECT PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| AQINJECT PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID DUO PRO NDL (pen needle, diabetic, 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety) | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID PEN NEEDLE (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" safety) | 2 | PA; ST |

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 PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| BD ECLIPSE 30GX1/2" (insulin syringe-needle SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2" | 2 | PA; ST |
| BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 " | 2 | PA; ST |
| BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| BD INS SYRN UF 1 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G NOT FOR u-100) RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1" | 2 | PA; ST |
| BD INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X u-100) 5/8" | 2 | PA; ST |
| BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2" | 2 | PA; ST |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|--|------------------------------------|
| BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" | 2 | PA; ST |
| BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" | (Comfort EZ Insulin Syringe) 2 | PA; ST |
| BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE | (insulin syringe needleless) 2 | PA; ST |
| BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML | (Easy Touch Luer Lock Insulin) 2 | PA; ST |
| BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | (pen needle, diabetic) 2 | PA; ST |
| BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8" | 2 | PA; ST |
| BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |

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 SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| BD SINGLE USE SWAB (alcohol swabs) | 1 | PA; ST |
| BD UF MICRO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| BD UF MINI PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| BD UF NANO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| BD UF ORIG PEN NDL (pen needle, diabetic) 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| BD UF SHORT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| BD VEO INS SYRING 1 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64" | 2 | PA; ST |
| BD VEO INS SYRN 0.3 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64" | 2 | PA; ST |
| BD VEO INS SYRN 0.5 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64" | 2 | PA; ST |
| BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X (gauze bandage) 2 " | 1 | PA; ST |
| CAREFINE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| CAREFINE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| CAREFINE PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| CAREFINE PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| CAREFINE PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 30G 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| CAREFINE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| CAREFINE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PREP PAD | 1 | PA; ST |
| CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16" | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |

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 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |

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

Puede encontrar información sobre qué 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 SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 PA; ST |
| COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 PA; ST |
| COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 PA; ST |
| COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 PA; ST |
| COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 PA; ST |
| COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 PA; ST |
| COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 PA; ST |
| COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3" | | 2 PA; ST |
| COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6" | | 2 PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" | (pen needle, diabetic) | 2 PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | (pen needle, diabetic) | 2 PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" | (pen needle, diabetic) | 2 PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" | (pen needle, diabetic) | 2 PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | (pen needle, diabetic) | 2 PA; ST |

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 TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 (gauze bandage) X 2 " | 1 | PA; ST |
| CURITY ALCOHOL PREPS 2 (alcohol swabs) PLY,MEDIUM | 1 | PA; ST |
| CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 " | 1 | PA; ST |
| CURITY GUAZE PADS 1'S(12 (gauze bandage) PLY) 2 X 2 " | 1 | PA; ST |
| DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 (gauze bandage) PLY, USP TYPE VII 2 X 2 " | 1 | PA; ST |
| DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 " | 1 | PA; ST |
| DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 " | 1 | PA; ST |
| DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 0.3 ML 29 u-100) GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |

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

01/01/2025

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

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 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64" | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8" | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS (alcohol swabs) | 1 | PA; ST |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|-----------------------|----------------------------|
| DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |

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

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

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | | 2 | PA; ST |

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 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED (alcohol swabs) | 1 | PA; ST |
| EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |

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 INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH LUER LOK (insulin syringe INSUL 1 ML needleless) | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |

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

01/01/2025

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

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 (Ultra Comfort Insulin Syringe) | 2 | PA; ST |
| EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE (Ultra Comfort Insulin Syringe) | 2 | PA; ST |
| EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (Ultra Comfort Insulin Syringe) | 2 | PA; ST |
| EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes) | 2 | PA; ST |
| FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes) | 2 | PA; ST |
| FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE (Ultra Comfort Insulin Syringe) | 2 | PA; ST |
| FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |

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 |
|---|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " | (gauze bandage) | 1 | PA; ST |
| GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | | 2 | PA; ST |
| GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE | | 2 | PA; ST |
| GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30 | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |

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 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" | | 2 | PA; ST |
| HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS | (alcohol swabs) | 1 | PA; ST |
| INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN | | 3 | |

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 |
|---|---|------------------------------------|
| INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN | 3 | |
| INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" | (UltiCare Insulin Syr(half unit)) 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" | (Comfort EZ Insulin Syringe) 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | (Comfort EZ Insulin Syringe) 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | (Comfort EZ Insulin Syringe) 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | (Comfort EZ Insulin Syringe) 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | (Advocate Syringes) 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" | (Easy Touch Insulin Syringe) 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" | (Sure Comfort Insulin Syringe) 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29 | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" | (Sure Comfort Insulin Syringe) 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE | 2 | PA; ST |

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 1 ML (BD Eclipse Luer-Lok) 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 1 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16 | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE 1 ML (Sure Comfort Insulin Syringe) 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Ultilet Insulin Syringe) U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Comfort EZ Insulin Syringe) U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Monoject Syringe) U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE | 2 | PA; ST |
| INSUPEN 30G ULTRAFIN (pen needle, diabetic) NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| INSUPEN 31G ULTRAFIN (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| INSUPEN 32G 6MM PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| INSUPEN 32G 8MM PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 32 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |

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 |
|--|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| IV ANTISEPTIC WIPES | (alcohol swabs) | 1 | PA; ST |
| KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD | (alcohol swabs) | 1 | PA; ST |
| LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 " | | 1 | PA; ST |
| LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE | | 2 | PA; ST |
| LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |

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 SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16" | 2 | PA; ST |
| MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4" | (pen needle, diabetic) 2 | PA; ST |
| MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |

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

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 ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC) | (insulin syringes (disposable)) | 2 | PA; ST |
| MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |

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

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE | 3 | QL (10 per 30 days) |
| OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE | 3 | QL (1 per 365 days) |
| OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) | 3 | QL (1 per 365 days) |
| OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE | 3 | QL (10 per 30 days) |
| PC UNIFINE PENTIPS 8MM (pen needle, diabetic) NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLE 30G 5MM (Embrace Pen Needle) OUTER 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLE 30G 8MM (CareFine Pen Needle) INNER 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (1st Tier Unifine Pentips Plus) | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4" (1st Tier Unifine Pentips) | 2 | PA; ST |
| PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |

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

01/01/2025

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

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

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 (pen needle, diabetic) 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| PURE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32" | 2 | PA; ST |
| RAYA SURE PEN NEEDLE 31G (Comfort Touch Pen 4MM 31 GAUGE X 5/32" Needle) | 2 | PA; ST |
| RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64" | 2 | PA; ST |
| RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64" | 2 | PA; ST |
| RELION INS SYR 0.3 ML (BD Veo Insulin 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X Syringe UF) 15/64" | 2 | PA; ST |
| RELION INS SYR 0.5 ML (BD Veo Insulin 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X Syringe UF) 15/64" | 2 | PA; ST |
| RELION INS SYR 1 ML (BD Veo Insulin 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X Syringe UF) 15/64" | 2 | PA; ST |
| RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR (Utileit Insulin Syringe) 1/2 ML 29 | 2 | PA; ST |
| RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16" | 2 | PA; ST |
| RELION MINI PEN 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) NDL 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| RELION NEEDLES NEEDLE 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| RELION PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |

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

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8" | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8" (Thinpro Insulin Syringe) | 2 | PA; ST |
| TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8" (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8" (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16" | | 2 | PA; ST |
| TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS | (alcohol swabs) | 1 | PA; ST |
| TRUE COMFORT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |

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 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" | (insulin syr/ndl u100 half mark) 2 | PA; ST |
| ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | (Advocate Syringes) 2 | PA; ST |
| ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | (Advocate Syringes) 2 | PA; ST |

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

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

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 SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML u-100) 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTICARE SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16 | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTILET ALCOHOL STERL (alcohol swabs) SWAB | 1 | PA; ST |

Puede encontrar información sobre qué 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 |
|---|-------------------------------------|----------------------------|
| ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE | 2 | PA; ST |
| ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" | (pen needle, diabetic) 2 | PA; ST |
| ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) 2 | PA; ST |
| ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |

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 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| ULTRA FLO PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| ULTRA FLO SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100) | 2 | PA; ST |
| ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100) | 2 | PA; ST |
| ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100) | 2 | PA; ST |
| ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100) | 2 | PA; ST |
| ULTRA THIN PEN NDL 32G X (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| ULTRACARE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100) | 2 | PA; ST |
| ULTRACARE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100) | 2 | PA; ST |

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

01/01/2025

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

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-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16" | (insulin syringe-needle u-100) | 2 | PA; ST |
| ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" | (pen needle, diabetic) | 2 | PA; ST |

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 NEEDLES 29G 29 GAUGE | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE SAFECONTROL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| UNIFINE SAFECONTROL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4" | 2 | PA; ST |

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| VERIFINE PEN NEEDLE 32G X (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| VERIFINE PLUS PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16" | 2 | PA; ST |
| VERIFINE PLUS PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16" | 2 | PA; ST |
| VERIFINE PLUS PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32" | 2 | PA; ST |
| VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100) | 2 | PA; ST |
| VERIFINE SYRING 1 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100) | 2 | PA; ST |
| VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100) | 2 | PA; ST |
| VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100) | 2 | PA; ST |
| VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 " | 1 | PA; ST |
| V-GO 20 DEVICE | 3 | QL (30 per 30 days) |
| V-GO 30 DEVICE | 3 | QL (30 per 30 days) |
| V-GO 40 DEVICE | 3 | QL (30 per 30 days) |
| WEBCOL ALCOHOL PREPS (alcohol swabs) 20'S,LARGE | 1 | PA; ST |
| Preparaciones De Reemplazo | | |
| Preparaciones De Reemplazo | | |
| <i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i> | 2 | |
| <i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i> | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| ISOLYTE S IV SOLUTION- EXCEL SINGLE USE | 4 | |
| ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION | 4 | |
| ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 % | 4 | |
| <i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (potassium chloride) | 2 | |
| <i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (potassium chloride) | 2 | |
| <i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (potassium chloride) | 2 | |
| <i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i> | 4 | |
| <i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i> | 2 | |
| PLASMA-LYTE A (electrolyte-a) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION | 4 | |
| <i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i> | 2 | PA BvD |
| <i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i> | 2 | |
| <i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i> | 2 | |
| <i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i> (Klor-Con 10) | 2 | |
| <i>potassium chloride oral tablet extended release 20 meq</i> (K-Tab) | 2 | |
| <i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i> (Klor-Con 8) | 2 | |
| <i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10) | 2 | |

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 |
|---|------------------------------|------------------------------------|
| <i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15) | 2 | |
| <i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20) | 2 | |
| <i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i> | 2 | |
| <i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10) | 2 | |
| <i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15) | 2 | |
| <i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i> (Urocit-K 5) | 2 | |
| <i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i> | 2 | |
| <i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i> | 2 | |
| <i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i> | 2 | |
| Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen | | |
| Agentes Hematológicos, Varios | | |
| <i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin) | 2 | |
| <i>anagrelide oral capsule 1 mg</i> | 2 | |
| CABLIVI INJECTION KIT 11 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG | 4 | |
| TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| <i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i> | 2 | |

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| <i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Jantoven) | 1 | |
| XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9) | 3 | |
| XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML | 3 | QL (600 per 30 days) |
| XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG | 3 | QL (30 per 30 days) |
| XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG | 3 | QL (60 per 30 days) |
| Inhibidores De Agregación De Plaquetas | | |
| <i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i> | 2 | |
| BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG | 3 | |
| <i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i> | 2 | |
| <i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix) | 1 | |
| <i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> | 2 | |
| <i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i> | 2 | |
| <i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient) | 2 | QL (30 per 30 days) |
| Modificadores De Formación De Sangre | | |
| ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML) | 5 | PA; NM; NDS |
| DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|--|------------------------------|------------------------------------|
| DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |
| FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT | 5 | PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT | 5 | PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days) |
| LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG | 5 | PA; NM; NDS |
| NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days) |
| PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| PROMACTA ORAL TABLET 25 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days) |
| PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days) |

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

01/01/2025

| Nombre del Medicamento | Nivel del Medicamento | Requerimientos/ Límites |
|---|-----------------------|----------------------------------|
| RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML | 3 | PA; QL (12 per 28 days) |
| RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML | 3 | PA; QL (4 per 28 days) |
| ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| STIMUFEND SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML | 5 | PA; NM; NDS |
| Reemplazo/Modificadores De Enzima | | |
| Reemplazo/Modificadores De Enzima | | |
| CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG | 5 | PA; NM; NDS |
| CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT | 3 | |
| GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG | 5 | PA; NM; NDS; QL (14 per 28 days) |
| <i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (sapropterin) | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Yargesa) | 5 | PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| <i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin) | 5 | PA; NM; NDS |

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 |
|--|-----------------------|-------------------------------------|
| ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML | 5 | PA; NM; NDS |
| PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML | 5 | PA BvD; NM; NDS |
| REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) | 5 | PA; NM; NDS |
| <i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i> (Javygtor) | 5 | PA; NM; NDS |
| STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML | 5 | PA; NM; LA; NDS |
| <i>yargesa oral capsule 100 mg</i> (miglustat) | 5 | PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days) |
| ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT | 3 | |
| Relajantes Musculares Esqueléticos | | |
| Relajantes Musculares Esqueléticos | | |
| <i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> | 2 | |
| <i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i> | 2 | |

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

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

01/01/2025

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

Puede encontrar información sobre qué 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 |
|--|----------------------------------|------------------------------------|
| <i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i> | 2 | |
| <i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i> | 2 | |
| <i>prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> | 2 | |
| <i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i> | (pnv,calcium 72-iron,carb-folic) | 2 |
| <i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> | (pnv,calcium 72-iron-folic acid) | 2 |
| <i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i> | | 2 |
| <i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> | (pnv,calcium 72-iron-folic acid) | 2 |
| <i>pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg</i> | | 2 |
| <i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i> | | 2 |
| <i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i> | | 2 |
| <i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i> | | 2 |
| <i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i> | | 2 |
| <i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i> | | 2 |
| <i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i> | | 2 |
| <i>triveen-duo dha combo pack 29-1-400 mg</i> | | 2 |
| <i>vinate care oral tablet,chewable 40 mg iron- 1 mg</i> | | 2 |
| <i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i> | | 2 |
| <i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i> | | 2 |

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

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

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..... | 164 | ADVOCATE PEN NEEDLE | 165, 166 | <i>amikacin</i> | 123 |
| 1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS..... | 164 | ADVOCATE SYRINGES.... | 165 | <i>amiloride</i> | 57 |
| <i>abacavir</i> | 156 | <i>afirmelle</i> | 132 | <i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> .. | 57 |
| <i>abacavir-lamivudine</i> | 156 | AIRSUPRA..... | 71, 72 | <i>amiodarone</i> | 47 |
| ABELCET..... | 153 | AJOVY AUTOINJECTOR.... | 32 | <i>amitriptyline</i> | 149 |
| ABILIFY ASIMTUFII..... | 38 | AJOVY SYRINGE..... | 32 | <i>amitriptyline-chlordiazepoxide</i> | 149 |
| ABILIFY MAINTENA..... | 38 | AKEEGA..... | 3 | <i>amlodipine</i> | 53 |
| <i>abiraterone</i> | 3 | <i>ala-cort</i> | 75 | <i>amlodipine-atorvastatin</i> | 54 |
| ABOUTTIME PEN NEEDLE..... | 164, 165 | <i>ala-scalp</i> | 75 | <i>amlodipine-benazepril</i> | 53 |
| ABRYSVO (PF)..... | 99 | <i>albendazole</i> | 35 | <i>amlodipine-olmesartan</i> | 53 |
| <i>acamprosate</i> | 22 | <i>albuterol sulfate</i> | 72, 73 | <i>amlodipine-valsartan</i> | 53 |
| <i>acarbose</i> | 25 | <i>alclometasone</i> | 75 | <i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i> | 54 |
| <i>accutane</i> | 78 | ALCOHOL PADS..... | 166 | <i>ammonium lactate</i> | 78, 79 |
| <i>acebutolol</i> | 48 | ALCOHOL PREP PADS.... | 188 | <i>amoxapine</i> | 149 |
| <i>acetaminophen-codeine</i> | 118 | ALCOHOL PREP SWABS.. | 166 | <i>amoxicil-clarithromy-</i> | |
| <i>acetazolamide</i> | 106 | ALCOHOL SWABS..... | 166 | <i>lansopraz</i> | 81 |
| <i>acetazolamide sodium</i> | 106 | ALCOHOL WIPES..... | 166 | <i>amoxicillin</i> | 128 |
| <i>acetic acid</i> | 108 | ALECENSA..... | 3 | <i>amoxicillin-pot clavulanate</i> | 128, 129 |
| <i>acetylcysteine</i> | 69 | <i>alendronate</i> | 61 | <i>amphotericin b</i> | 153 |
| <i>acitretin</i> | 78 | <i>alfuzosin</i> | 85 | <i>amphotericin b liposome</i> | 153 |
| ACTEMRA..... | 93 | <i>aliskiren</i> | 59 | <i>ampicillin</i> | 129 |
| ACTEMRA ACTPEN..... | 93 | <i>allopurinol</i> | 31 | <i>ampicillin sodium</i> | 129 |
| ACTHAR..... | 90 | <i>alose tron</i> | 60 | <i>ampicillin-sulbactam</i> | 129 |
| ACTHAR SELFJECT..... | 90 | <i>alprazolam</i> | 23 | <i>anagrelide</i> | 216 |
| ACTHIB (PF)..... | 100 | ALREX..... | 110 | <i>anastrozole</i> | 3 |
| ACTIMMUNE..... | 113 | <i>altavera (28)</i> | 132 | ANKTIVA..... | 3 |
| <i>acyclovir</i> | 78, 163, 164 | ALTRENO..... | 81 | ANORO ELLIPTA..... | 73 |
| <i>acyclovir sodium</i> | 164 | ALUNBRIG..... | 3 | <i>apomorphine</i> | 36 |
| ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).... | 100 | ALVAIZ..... | 218 | <i>apraclonidine</i> | 112 |
| <i>adapalene</i> | 81 | <i>alyacen 1/35 (28)</i> | 132 | <i>aprepitant</i> | 33, 34 |
| <i>adefovir</i> | 164 | <i>alyacen 7/7/7 (28)</i> | 132 | APRETUDE..... | 157 |
| ADEMPAS..... | 115 | <i>alyq</i> | 116 | <i>apri</i> | 132 |
| <i>adrucil</i> | 3 | <i>amabelz</i> | 87 | APTIOM..... | 143 |
| ADVAIR HFA..... | 71 | <i>amantadine hcl</i> | 36 | APTIVUS..... | 157 |
| | | <i>ambrisentan</i> | 116 | AQINJECT PEN NEEDLE. | 166 |
| | | <i>amethia</i> | 132 | <i>aranelle (28)</i> | 133 |
| | | <i>amethyst (28)</i> | 132 | ARCALYST..... | 93 |

| | | | | | |
|--------------------------------------|----------|-------------------------------------|-----|---|----------|
| AREXVY (PF)..... | 100 | AUSTEDO XR | | BD SAFETYGLIDE | |
| AREXVY ANTIGEN | | TITRATION KT(WK1-4)..... | 64 | INSULIN SYRINGE.... | 168, 169 |
| COMPONENT..... | 100 | AUVELITY..... | 149 | BD SAFETYGLIDE | |
| ARIKAYCE..... | 123 | <i>aviane</i> | 133 | SYRINGE..... | 168 |
| <i>aripiprazole</i> | 38 | AVONEX..... | 64 | BD ULTRA-FINE MICRO | |
| ARISTADA..... | 39 | AVSOLA..... | 93 | PEN NEEDLE..... | 169 |
| ARISTADA INITIO..... | 38 | <i>ayuna</i> | 133 | BD ULTRA-FINE MINI | |
| <i>armodafinil</i> | 62 | AYVAKIT..... | 3 | PEN NEEDLE..... | 169 |
| ARNUITY ELLIPTA..... | 71 | <i>azacitidine</i> | 3 | BD ULTRA-FINE NANO | |
| <i>ascomp with codeine</i> | 119 | <i>azathioprine</i> | 93 | PEN NEEDLE..... | 169 |
| <i>asenapine maleate</i> | 39 | <i>azathioprine sodium</i> | 93 | BD ULTRA-FINE ORIG | |
| <i>ashlyna</i> | 133 | <i>azelastine</i> | 112 | PEN NEEDLE..... | 169 |
| <i>aspirin-dipyridamole</i> | 218 | <i>azithromycin</i> | 127 | BD ULTRA-FINE SHORT | |
| ASSURE ID DUO PRO | | <i>aztreonam</i> | 125 | PEN NEEDLE..... | 169 |
| SFTY PEN NDL..... | 166 | <i>azurette (28)</i> | 133 | BD VEO INSULIN SYR | |
| ASSURE ID DUO-SHIELD | 166 | <i>bacitracin</i> | 108 | (HALF UNIT)..... | 169 |
| ASSURE ID INSULIN | | <i>bacitracin-polymyxin b</i> | 108 | BD VEO INSULIN | |
| SAFETY..... | 166, 167 | <i>baclofen</i> | 221 | SYRINGE UF..... | 169 |
| ASSURE ID PEN NEEDLE | 166 | <i>bal-care dha</i> | 222 | BELSOMRA..... | 62 |
| ASSURE ID PRO PEN | | <i>bal-care dha essential</i> | 222 | <i>benazepril</i> | 58 |
| NEEDLE..... | 167 | <i>balsalazide</i> | 60 | <i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> | 58 |
| ASTAGRAF XL..... | 93 | BALVERSA..... | 3 | <i>bendamustine</i> | 4 |
| <i>atazanavir</i> | 157 | <i>balziva (28)</i> | 133 | BENDAMUSTINE..... | 4 |
| <i>atenolol</i> | 48 | BCG VACCINE, LIVE (PF) | 100 | BENDEKA..... | 4 |
| <i>atenolol-chlorthalidone</i> | 48 | BD ALCOHOL SWABS..... | 169 | BENLYSTA..... | 94 |
| <i>atomoxetine</i> | 63 | BD AUTOSHIELD DUO | | <i>benztropine</i> | 36 |
| <i>atorvastatin</i> | 54 | PEN NEEDLE..... | 167 | <i>bepotastine besilate</i> | 112 |
| <i>atovaquone</i> | 35 | BD ECLIPSE LUER-LOK... | 167 | BESREMI..... | 94 |
| <i>atovaquone-proguanil</i> | 35 | BD INSULIN SYRINGE.... | 167 | <i>betaine</i> | 113 |
| <i>atropine</i> | 112 | BD INSULIN SYRINGE | | <i>betamethasone dipropionate</i> | 75 |
| ATROVENT HFA..... | 73 | (HALF UNIT)..... | 167 | <i>betamethasone valerate</i> | 75 |
| <i>aubra eq</i> | 133 | BD INSULIN SYRINGE | | <i>betamethasone, augmented</i> | 75, 76 |
| AUGTYRO..... | 3 | SLIP TIP..... | 168 | BETASERON..... | 64 |
| <i>aurovela 1.5/30 (21)</i> | 133 | BD INSULIN SYRINGE U- | | <i>betaxolol</i> | 48, 106 |
| <i>aurovela 1/20 (21)</i> | 133 | 500..... | 167 | <i>bethanechol chloride</i> | 86 |
| <i>aurovela 24 fe</i> | 133 | BD INSULIN SYRINGE | | <i>bexarotene</i> | 4 |
| <i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i> | 133 | ULTRA-FINE..... | 167 | BEXSERO..... | 100 |
| <i>aurovela fe 1-20 (28)</i> | 133 | BD NANO 2ND GEN PEN | | <i>bicalutamide</i> | 4 |
| AUSTEDO..... | 63 | NEEDLE..... | 168 | BICILLIN L-A..... | 129 |
| AUSTEDO XR..... | 63, 64 | | | BIKTARVY..... | 157 |

| | | | | | |
|---|----------|------------------------------------|----------|---|----------|
| <i>bimatoprost</i> | 107 | CABENUVA | 157 | <i>cefazolin</i> | 126 |
| <i>bisoprolol fumarate</i> | 48 | <i>cabergoline</i> | 36 | <i>cefdinir</i> | 126 |
| <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> | 48 | CABLIVI | 216 | <i>cefepime</i> | 126 |
| <i>bleomycin</i> | 4 | CABOMETYX | 4 | <i>cefixime</i> | 126 |
| <i>blisovi 24 fe</i> | 133 | <i>cabotegravir</i> | 157 | <i>cefoxitin</i> | 126 |
| <i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i> | 133 | <i>calcipotriene</i> | 79 | <i>cefpodoxime</i> | 126 |
| <i>blisovi fe 1/20 (28)</i> | 133 | <i>calcitonin (salmon)</i> | 61 | <i>cefprozil</i> | 126, 127 |
| BOOSTRIX TDAP | 100 | <i>calcitriol</i> | 61 | <i>ceftazidime</i> | 127 |
| BORDERED GAUZE | 169 | CALQUENCE | 5 | <i>ceftriaxone</i> | 127 |
| <i>bortezomib</i> | 4 | CALQUENCE | | <i>cefuroxime axetil</i> | 127 |
| <i>bosentan</i> | 116 | (ACALABRUTINIB MAL)..... | 5 | <i>cefuroxime sodium</i> | 127 |
| BOSULIF | 4 | <i>camila</i> | 133 | <i>celecoxib</i> | 116 |
| BRAFTOVI | 4 | <i>candesartan</i> | 52 | <i>cephalexin</i> | 127 |
| BREO ELLIPTA | 71 | <i>candesartan-</i> | | CERDELGA | 220 |
| <i>breyna</i> | 72 | <i>hydrochlorothiazid</i> | 52 | <i>cevimeline</i> | 74 |
| BREZTRI AEROSPHERE | 73 | CAPLYTA | 39 | <i>chateal eq (28)</i> | 134 |
| <i>briellyn</i> | 133 | CAPRELSA | 5 | <i>chlordiazepoxide hcl</i> | 23 |
| BRILINTA | 218 | <i>captopril</i> | 58 | <i>chlorhexidine gluconate</i> | 75 |
| <i>brimonidine</i> | 107 | <i>carbamazepine</i> | 143, 144 | <i>chloroquine phosphate</i> | 35 |
| <i>brimonidine-timolol</i> | 107 | <i>carbidopa</i> | 36 | <i>chlorpromazine</i> | 39 |
| <i>brinzolamide</i> | 107 | <i>carbidopa-levodopa</i> | 36 | <i>chlorthalidone</i> | 57 |
| BRIVIACT | 143 | <i>carbidopa-levodopa-</i> | | <i>chlorzoxazone</i> | 221 |
| <i>bromfenac</i> | 110 | <i>entacapone</i> | 37 | <i>cholestyramine (with sugar)</i> | 54 |
| <i>bromocriptine</i> | 36 | <i>carbinoxamine maleate</i> | 155 | <i>cholestyramine light</i> | 54 |
| BRONCHITOL | 69 | <i>carboplatin</i> | 5 | <i>ciclopirox</i> | 153 |
| BRUKINSA | 4 | CAREFINE PEN NEEDLE | | <i>cilostazol</i> | 218 |
| <i>budesonide</i> | 60, 72 | ..... | 169, 170 | CIMDUO | 157 |
| <i>budesonide-formoterol</i> | 72 | CARETOUCH ALCOHOL | | <i>cimetidine</i> | 81 |
| <i>bumetanide</i> | 57 | PREP PAD | 170 | <i>cimetidine hcl</i> | 81 |
| <i>buprenorphine</i> | 119 | CARETOUCH INSULIN | | CIMZIA | 94 |
| <i>buprenorphine hcl</i> | 22 | SYRINGE | 170, 171 | CIMZIA POWDER FOR | |
| <i>buprenorphine-naloxone</i> | 22 | CARETOUCH PEN | | RECONST | 94 |
| <i>bupropion hcl</i> | 149, 150 | NEEDLE | 170 | <i>cinacalcet</i> | 61 |
| <i>bupropion hcl (smoking deter)</i> | 22 | <i>carglumic acid</i> | 82 | CINQAIR | 69 |
| <i>bupirone</i> | 113 | <i>carteolol</i> | 107 | CINRYZE | 218 |
| <i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i> | 119 | <i>cartia xt</i> | 50 | <i>ciprofloxacin hcl</i> | 108, 130 |
| <i>butalbital-acetaminophen</i> | 119 | <i>carvedilol</i> | 48 | <i>ciprofloxacin in 5% dextrose</i> | 130 |
| <i>butalbital-acetaminophen-caff</i> | 119 | CAYSTON | 125 | <i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> | 108 |
| <i>butalbital-aspirin-caffeine</i> | 119 | <i>cefaclor</i> | 126 | <i>cialopram</i> | 150 |
| <i>butorphanol</i> | 119 | <i>cefadroxil</i> | 126 | <i>cladribine</i> | 5 |

| | | | | | |
|---|------------------|---|---------------|---------------------------------------|-------------|
| <i>clarithromycin</i> | 128 | <i>clobetasol-emollient</i> | 76 | COTELLIC..... | 5 |
| <i>clemastine</i> | 155 | <i>clomipramine</i> | 150 | CREON..... | 220 |
| CLENPIQ..... | 85 | <i>clonazepam</i> | 23 | <i>cromolyn</i> | 69, 83, 112 |
| CLICKFINE PEN NEEDLE | | <i>clonidine</i> | 47 | <i>cryselle (28)</i> | 134 |
| ..... | 171 | <i>clonidine hcl</i> | 47, 64 | CURAD GAUZE PAD..... | 174 |
| <i>clindamycin hcl</i> | 124 | <i>clopidogrel</i> | 218 | CURITY ALCOHOL | |
| <i>clindamycin pediatric</i> | 124 | <i>clorazepate dipotassium</i> | 23 | SWABS..... | 174 |
| <i>clindamycin phosphate</i> | | <i>clotrimazole</i> | 153 | CURITY GAUZE..... | 174 |
| ..... | 79, 80, 123, 124 | <i>clotrimazole-betamethasone</i> ... | 153 | <i>cyclafem 1/35 (28)</i> | 134 |
| <i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> ... | 80 | <i>clozapine</i> | 39 | <i>cyclafem 7/7/7 (28)</i> | 134 |
| CLINIMIX 5%/D15W | | <i>c-nate dha</i> | 222 | <i>cyclobenzaprine</i> | 222 |
| SULFITE FREE..... | 45 | COARTEM..... | 35 | <i>cyclophosphamide</i> | 5 |
| CLINIMIX 4.25%/D10W | | <i>codeine sulfate</i> | 119 | <i>cyclosporine</i> | 94, 111 |
| SULF FREE..... | 45 | <i>codeine-butalbital-asa-caff</i> | 119 | <i>cyclosporine modified</i> | 94 |
| CLINIMIX 4.25%/D5W | | <i>colchicine</i> | 32 | <i>cyproheptadine</i> | 155 |
| SULFIT FREE..... | 45 | <i>colesevelam</i> | 54 | <i>cyred eq</i> | 134 |
| CLINIMIX 5%- | | <i>colestipol</i> | 54, 55 | <i>d5 % and 0.9 % sodium</i> | |
| D20W(SULFITE-FREE)..... | 45 | <i>colistin (colistimethate na)</i> | 124 | <i>chloride</i> | 214 |
| CLINIMIX 6%-D5W | | COMBIVENT RESPIMAT... | 73 | <i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> .. | 214 |
| (SULFITE-FREE)..... | 45 | COMETRIQ..... | 5 | <i>dabigatran etexilate</i> | 217 |
| CLINIMIX 8%- | | COMFORT EZ INSULIN | | <i>dalfampridine</i> | 64 |
| D10W(SULFITE-FREE)..... | 45 | SYRINGE..... | 171, 172, 173 | <i>danazol</i> | 87 |
| CLINIMIX 8%- | | COMFORT EZ PEN | | <i>dantrolene</i> | 222 |
| D14W(SULFITE-FREE)..... | 45 | NEEDLES..... | 171, 172 | DANYELZA..... | 6 |
| CLINIMIX E 2.75%/D5W | | COMFORT EZ PRO | | <i>dapsone</i> | 156 |
| SULF FREE..... | 45 | SAFETY PEN NDL..... | 172 | DAPTACEL (DTAP | |
| CLINIMIX E 4.25%/D10W | | COMFORT TOUCH PEN | | PEDIATRIC) (PF)..... | 101 |
| SUL FREE..... | 45 | NEEDLE..... | 173, 174 | <i>daptomycin</i> | 124 |
| CLINIMIX E 4.25%/D5W | | COMPLERA..... | 157 | <i>darunavir</i> | 157 |
| SULF FREE..... | 46 | <i>completenate</i> | 222 | DARZALEX..... | 6 |
| CLINIMIX E 5%/D15W | | <i>compro</i> | 34 | DARZALEX FASPRO..... | 6 |
| SULFIT FREE..... | 46 | <i>constulose</i> | 82 | <i>dasetta 1/35 (28)</i> | 134 |
| CLINIMIX E 5%/D20W | | COPIKTRA..... | 5 | <i>dasetta 7/7/7 (28)</i> | 134 |
| SULFIT FREE..... | 46 | CORLANOR..... | 51 | DAURISMO..... | 6 |
| CLINIMIX E 8%-D10W | | CORTROPHIN GEL..... | 90 | <i>daysee</i> | 134 |
| SULFITEFREE..... | 46 | COSENTYX..... | 94, 113 | <i>deblitane</i> | 134 |
| CLINIMIX E 8%-D14W | | COSENTYX (2 SYRINGES).. | 94 | <i>decitabine</i> | 6 |
| SULFITEFREE..... | 46 | COSENTYX PEN (2 PENS).. | 94 | <i>deferasirox</i> | 122 |
| <i>clobazam</i> | 144 | COSENTYX UNOREADY | | <i>deferiprone</i> | 123 |
| <i>clobetasol</i> | 76 | PEN..... | 94 | DELSTRIGO..... | 157 |

| | | | | | |
|---|----------|---|---------------|--|---------------|
| <i>demeclocycline</i> | 131 | DILANTIN..... | 144 | DROPSAFE INSULIN | |
| DENGVAXIA (PF)..... | 101 | <i>diltiazem hcl</i> | 50 | SYRINGE..... | 177 |
| DEPO-SUBQ PROVERA | | <i>dilt-xr</i> | 50 | DROPSAFE PEN NEEDLE | 177 |
| 104..... | 92 | <i>dimethyl fumarate</i> | 65 | <i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> .. | 134 |
| DERMACEA..... | 174 | DIPENTUM..... | 60 | DROXIA..... | 216 |
| DERMACEA NON- | | <i>diphenoxylate-atropine</i> | 83 | <i>droxidopa</i> | 47 |
| WOVEN..... | 174 | <i>dipyridamole</i> | 218 | DUAVEE..... | 88 |
| <i>dermacinrx lidocan</i> | 122 | <i>disopyramide phosphate</i> | 47 | <i>duloxetine</i> | 150 |
| DESCOVY..... | 157 | <i>disulfiram</i> | 22 | DUPIXENT PEN..... | 95 |
| <i>desipramine</i> | 150 | <i>divalproex</i> | 144 | DUPIXENT SYRINGE..... | 95 |
| <i>desmopressin</i> | 90, 91 | <i>dofetilide</i> | 47 | <i>dutasteride</i> | 85 |
| <i>desog-e.estradiolle.estradiol</i> | 134 | <i>dolishale</i> | 134 | <i>dutasteride-tamsulosin</i> | 85 |
| <i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> | 134 | <i>donepezil</i> | 24 | EASY COMFORT | |
| <i>desonide</i> | 76 | DOPTELET (10 TAB PACK) | | ALCOHOL PAD..... | 178 |
| <i>desoximetasone</i> | 76 | ..... | 218 | EASY COMFORT | |
| <i>desvenlafaxine succinate</i> | 150 | DOPTELET (15 TAB PACK) | | INSULIN SYRINGE.... | 178, 179 |
| <i>dexamethasone</i> | 89 | ..... | 219 | EASY COMFORT PEN | |
| <i>dexamethasone sodium</i> | | DOPTELET (30 TAB PACK) | | NEEDLES..... | 178, 179 |
| <i>phosphate</i> | 89, 111 | ..... | 219 | EASY COMFORT SAFETY | |
| <i>dexmethylphenidate</i> | 64 | <i>dorzolamide</i> | 107 | PEN NEEDLE..... | 177, 178 |
| <i>dextroamphetamine sulfate</i> .. | 64, 65 | <i>dorzolamide-timolol</i> | 107 | EASY GLIDE INSULIN | |
| <i>dextroamphetamine-</i> | | <i>dotti</i> | 88 | SYRINGE..... | 179 |
| <i>amphetamine</i> | 65 | DOVATO..... | 158 | EASY GLIDE PEN | |
| <i>dextrose 5% in water (d5w)</i> | 46 | <i>doxazosin</i> | 47 | NEEDLE..... | 179 |
| DIACOMIT..... | 144 | <i>doxepin</i> | 150 | EASY TOUCH..... | 181, 182 |
| <i>diazepam</i> | 23, 144 | <i>doxercalciferol</i> | 61 | EASY TOUCH ALCOHOL | |
| <i>diazepam intensol</i> | 23 | <i>doxorubicin, peg-liposomal</i> | 6 | PREP PADS..... | 180 |
| <i>diazoxide</i> | 113 | <i>doxy-100</i> | 131 | EASY TOUCH FLIPLOCK | |
| <i>diclofenac potassium</i> | 117 | <i>doxycycline hyclate</i> | 131 | INSULIN..... | 181 |
| <i>diclofenac sodium</i> | 111, 117 | <i>doxycycline monohydrate</i> .. | 131, 132 | EASY TOUCH FLIPLOCK | |
| <i>diclofenac-misoprostol</i> | 117 | <i>dronabinol</i> | 34 | SYRINGE..... | 180 |
| <i>dicloxacillin</i> | 129 | DROPLET INSULIN | | EASY TOUCH INSULIN | |
| <i>dicyclomine</i> | 83 | SYR(HALF UNIT)..... | 174, 175 | SAFETY SYR..... | 179, 180 |
| <i>didanosine</i> | 158 | DROPLET INSULIN | | EASY TOUCH INSULIN | |
| DIFICID..... | 128 | SYRINGE..... | 174, 175, 176 | SYRINGE..... | 179, 180, 182 |
| <i>diflorasone</i> | 76 | DROPLET MICRON PEN | | EASY TOUCH LUER | |
| <i>diflunisal</i> | 117 | NEEDLE..... | 176 | LOCK INSULIN..... | 181 |
| <i>difluprednate</i> | 111 | DROPLET PEN NEEDLE.. | 176 | EASY TOUCH PEN | |
| <i>digoxin</i> | 51 | DROPSAFE ALCOHOL | | NEEDLE..... | 181 |
| <i>dihydroergotamine</i> | 32 | PREP PADS..... | 176 | | |

| | | |
|--|--|--|
| EASY TOUCH SAFETY | ENBREL SURECLICK.....95 | <i>estazolam</i> 23, 24 |
| PEN NEEDLE.....182 | ENDARI.....113 | <i>estradiol</i>.....88 |
| EASY TOUCH | <i>endocet</i>.....119 | <i>estradiol valerate</i>.....88 |
| SHEATHLOCK INSULIN | ENGERIX-B (PF)..... 101 | <i>estradiol-norethindrone acet</i> 88 |
| 180, 181 | ENGERIX-B PEDIATRIC | <i>eszopiclone</i>.....63 |
| EASY TOUCH UNI-SLIP... 182 | (PF)..... 101 | <i>ethambutol</i> 156 |
| <i>ec-naproxen</i> 117 | <i>enilloring</i>.....135 | <i>ethosuximide</i>.....144, 145 |
| <i>econazole</i> 153 | <i>enoxaparin</i>.....217 | <i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ... 135 |
| EDURANT..... 158 | <i>enpresse</i> 135 | <i>etodolac</i> 117 |
| <i>efavirenz</i> 158 | <i>enskyce</i> 135 | <i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> .. 135 |
| <i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> 158 | ENSPRYNG..... 65 | ETOPOPHOS.....7 |
| <i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> 158 | <i>entacapone</i>.....37 | <i>etoposide</i>.....7 |
| EGRIFTA SV.....91 | <i>entecavir</i> 164 | <i>etravirine</i>.....158 |
| ELIGARD.....6 | ENTRESTO..... 52 | EUCRISA.....76 |
| ELIGARD (3 MONTH).....6 | ENTRESTO SPRINKLE..... 52 | <i>everolimus (antineoplastic)</i> .....7 |
| ELIGARD (4 MONTH).....6 | <i>enulose</i>.....83 | <i>everolimus</i> |
| ELIGARD (6 MONTH).....6 | EPCLUSA..... 162 | <i>(immunosuppressive)</i> 95 |
| <i>elinst</i> 134 | EPIDIOLEX..... 144 | EVOTAZ..... 158 |
| ELIQUIS..... 217 | <i>epinastine</i>.....112 | EVRYSDI..... 113 |
| ELIQUIS DVT-PE TREAT | <i>epinephrine</i>.....51 | EXEL INSULIN.....183 |
| 30D START.....217 | <i>epitol</i>.....144 | <i>exemestane</i> 7 |
| ELMIRON..... 113 | EPIVIR HBV..... 158 | EXKIVITY.....7 |
| ELREXFIO..... 6 | EPKINLY..... 6 | EXTENCILLINE..... 129 |
| <i>eluryng</i>.....134 | <i>eplerenone</i>.....59 | EYSUVIS.....111 |
| EMBRACE PEN NEEDLE | EPRONTIA..... 144 | EZALLOR SPRINKLE..... 55 |
| 182, 183 | ERBITUX..... 7 | <i>ezetimibe</i>.....55 |
| EMCYT.....6 | <i>ergoloid</i>.....24 | <i>ezetimibe-simvastatin</i> 55 |
| EMEND..... 34 | ERIVEDGE..... 7 | <i>falmina (28)</i> 135 |
| EMGALITY PEN..... 32 | ERLEADA..... 7 | <i>famciclovir</i> 164 |
| EMGALITY SYRINGE..... 32 | <i>erlotinib</i> 7 | <i>famotidine</i>.....82 |
| <i>emoquette</i> 134 | <i>errin</i>.....135 | FANAPT.....40 |
| EMSAM.....150 | <i>ertapenem</i> 125 | FARXIGA.....25 |
| <i>emtricitabine</i> 158 | <i>ery pads</i> 80 | FASENRA..... 69 |
| <i>emtricitabine-tenofov</i> (<i>tdf</i>) .. 158 | <i>erythromycin</i> 108, 128 | FASENRA PEN.....69 |
| EMTRIVA.....158 | <i>erythromycin ethylsuccinate</i> ... 128 | <i>febuxostat</i>.....32 |
| <i>emzahn</i>.....135 | <i>erythromycin with ethanol</i> 80 | <i>felbamate</i> 145 |
| <i>enalapril maleate</i>.....58 | <i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> .80 | <i>felodipine</i> 54 |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ... 58 | <i>escitalopram oxalate</i> 150 | FEMRING..... 88 |
| ENBREL..... 95 | <i>esomeprazole magnesium</i> 81, 82 | <i>femynor</i>.....135 |
| ENBREL MINI.....95 | <i>estarylla</i> 135 | <i>fenofibrate</i> 55 |

| | | | | | |
|---|----------|---|----------|--|--------------|
| <i>fenofibrate micronized</i> | 55 | <i>flutamide</i> | 8 | <i>gemmily</i> | 135 |
| <i>fenofibrate nanocrystallized</i> | 55 | <i>fluticasone propionate</i> . 72, 77, 111 | | <i>generlac</i> | 83 |
| <i>fenofibric acid (choline)</i> | 55 | <i>fluticasone propion-salmeterol</i> .. | 72 | <i>gengraf</i> | 95 |
| <i>fenopropfen</i> | 117 | <i>fluvastatin</i> | 55 | <i>gentak</i> | 108 |
| <i>fentanyl</i> | 120 | <i>fluvoxamine</i> | 151 | <i>gentamicin</i> | 80, 108, 123 |
| <i>fentanyl citrate</i> | 120 | <i>folivane-ob</i> | 222 | <i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> . | 123 |
| FERRIPROX | 123 | <i>fondaparinux</i> | 217 | <i>gentamicin sulfate (pf)</i> | 123 |
| <i>fesoterodine</i> | 86 | <i>fosamprenavir</i> | 158 | GENVOYA | 158 |
| FETZIMA | 150, 151 | <i>fosinopril</i> | 58 | GILOTRIF | 8 |
| FIASP FLEXTOUCH U-100 | | <i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> .. | 59 | <i>glatiramer</i> | 65 |
| INSULIN | 28 | <i>fosphenytoin</i> | 145 | <i>glatopa</i> | 65 |
| FIASP PENFILL U-100 | | FOTIVDA | 8 | GLEOSTINE | 8 |
| INSULIN | 28 | FREESTYLE PRECISION | | <i>glimepiride</i> | 31 |
| FIASP U-100 INSULIN | 28 | ..... | 183, 184 | <i>glipizide</i> | 31 |
| <i>finasteride</i> | 85 | FRUZAQLA | 8 | <i>glipizide-metformin</i> | 31 |
| <i> fingolimod</i> | 65 | <i>fulvestrant</i> | 8 | <i>glutamine (sickle cell)</i> | 113 |
| FINTEPLA | 145 | <i>furosemide</i> | 57 | <i>glyburide</i> | 31 |
| <i>fioricet</i> | 120 | FUZEON | 158 | <i>glyburide micronized</i> | 31 |
| FIRMAGON KIT W | | FYARRO | 8 | <i>glyburide-metformin</i> | 31 |
| DILUENT SYRINGE | 7 | <i>fyavolv</i> | 88 | <i>glycopyrrolate</i> | 83 |
| <i>flavoxate</i> | 86 | FYCOMPA | 145 | <i>glydo</i> | 122 |
| <i>flecainide</i> | 47 | FYLNETRA | 219 | GLYXAMBI | 25 |
| <i>floxuridine</i> | 7 | <i>gabapentin</i> | 145 | <i>granisetron hcl</i> | 34 |
| <i>fluconazole</i> | 153, 154 | GALAFOLD | 220 | <i>griseofulvin microsize</i> | 154 |
| <i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> .. | 153 | <i>galantamine</i> | 24, 25 | <i>griseofulvin ultramicrosize</i> | 154 |
| <i>flucytosine</i> | 154 | GAMMAGARD S-D (IGA < | | <i>guanfacine</i> | 47, 65 |
| <i>fludrocortisone</i> | 89 | 1 MCG/ML) | 95 | GVOKE | 114 |
| <i>flunisolide</i> | 111 | GAMMAPLEX | 95 | GVOKE HYPOPEN 2- | |
| <i>fluocinolone</i> | 76 | GAMUNEX-C | 95 | PACK | 113 |
| <i>fluocinolone acetonide oil</i> | 111 | GARDASIL 9 (PF) | 101 | GVOKE PFS 1-PACK | |
| <i>fluocinonide</i> | 76, 77 | <i>gatifloxacin</i> | 108 | SYRINGE | 113 |
| <i>fluocinonide-emollient</i> | 77 | GATTEX 30-VIAL | 83 | GVOKE PFS 2-PACK | |
| <i>fluorometholone</i> | 111 | GAUZE PAD | 184 | SYRINGE | 113 |
| <i>fluorouracil</i> | 8, 79 | <i>gavilyte-c</i> | 85 | HAEGARDA | 219 |
| <i>fluoxetine</i> | 151 | <i>gavilyte-g</i> | 85 | <i>hailey 24 fe</i> | 135 |
| <i>fluphenazine decanoate</i> | 40 | <i>gavilyte-n</i> | 85 | <i>hailey fe 1.5/30 (28)</i> | 135 |
| <i>fluphenazine hcl</i> | 40 | GAVRETO | 8 | <i>hailey fe 1/20 (28)</i> | 135 |
| <i>flurazepam</i> | 24 | <i>gefitinib</i> | 8 | <i>halobetasol propionate</i> | 77 |
| <i>flurbiprofen</i> | 117 | <i>gemcitabine</i> | 8 | <i>haloette</i> | 135 |
| <i>flurbiprofen sodium</i> | 111 | <i>gemfibrozil</i> | 55 | <i>haloperidol</i> | 40 |

| | | | | | |
|------------------------------------|----------|---|------------|--|-----|
| <i>haloperidol decanoate</i> | 40 | <i>hydrocodone-acetaminophen</i> ... | 120 | INCONTROL ALCOHOL | |
| <i>haloperidol lactate</i> | 40 | <i>hydrocodone-ibuprofen</i> | 120 | PADS..... | 185 |
| HARVONI..... | 162 | <i>hydrocortisone</i> | 60, 77, 89 | INCONTROL PEN | |
| HAVRIX (PF)..... | 101 | <i>hydrocortisone butyrate</i> | 77 | NEEDLE..... | 185 |
| HEALTHWISE INSULIN | | HYDROCORTISONE | | INCRELEX..... | 91 |
| SYRINGE..... | 184, 185 | LOTION COMPLETE..... | 77 | <i>indapamide</i> | 57 |
| HEALTHWISE PEN | | <i>hydrocortisone valerate</i> | 77, 78 | <i>indomethacin</i> | 118 |
| NEEDLE..... | 185 | <i>hydrocortisone-acetic acid</i> | 108 | INFANRIX (DTAP) (PF).... | 102 |
| HEALTHY ACCENTS | | <i>hydromorphone</i> | 120 | INFLECTRA..... | 97 |
| UNIFINE PENTIP..... | 185 | <i>hydromorphone (pf)</i> | 120 | <i>infliximab</i> | 97 |
| <i>heather</i> | 135 | <i>hydroxychloroquine</i> | 35 | INGREZZA..... | 66 |
| HEMADY..... | 89 | <i>hydroxyurea</i> | 9 | INGREZZA INITIATION | |
| <i>heparin (porcine)</i> | 217 | <i>hydroxyzine hcl</i> | 155, 156 | PK(TARDIV)..... | 66 |
| HEPLISAV-B (PF)..... | 101 | <i>hydroxyzine pamoate</i> | 114 | INGREZZA SPRINKLE..... | 66 |
| HERCEPTIN HYLECTA..... | 8 | <i>ibandronate</i> | 62 | INLYTA..... | 9 |
| HERZUMA..... | 9 | IBRANCE | 9 | INPEN (FOR HUMALOG) | |
| HETLIOZ LQ..... | 63 | <i>ibu</i> | 117, 118 | BLUE..... | 185 |
| HIBERIX (PF)..... | 102 | <i>ibuprofen</i> | 118 | INPEN (NOVOLOG OR | |
| HUMIRA..... | 96 | <i>ibuprofen-famotidine</i> | 118 | FIASP) BLUE..... | 186 |
| HUMIRA PEN..... | 96 | <i>icatibant</i> | 51 | INQOVI..... | 10 |
| HUMIRA PEN CROHNS- | | <i>iclevia</i> | 136 | INREBIC..... | 10 |
| UC-HS START..... | 96 | ICLUSIG | 9 | <i>insulin asp prt-insulin aspart</i> | 29 |
| HUMIRA PEN PSOR- | | <i>icosapent ethyl</i> | 55 | <i>insulin aspart u-100</i> | 29 |
| UVEITS-ADOL HS..... | 96 | IDHIFA | 9 | INSULIN SYR/NDL U100 | |
| HUMIRA(CF)..... | 96 | <i>ifosfamide</i> | 9 | HALF MARK..... | 186 |
| HUMIRA(CF) PEDI | | ILARIS (PF) | 97 | INSULIN SYRINGE..... | 168 |
| CROHNS STARTER..... | 96 | ILEVRO | 111 | INSULIN SYRINGE | |
| HUMIRA(CF) PEN..... | 96 | ILUMYA | 97 | MICROFINE..... | 168 |
| HUMIRA(CF) PEN | | <i>imatinib</i> | 9 | INSULIN SYRINGE | |
| CROHNS-UC-HS..... | 96 | IMBRUVICA | 9 | NEEDLELESS..... | 168 |
| HUMIRA(CF) PEN | | <i>imipenem-cilastatin</i> | 125 | INSULIN SYRINGE- | |
| PEDIATRIC UC..... | 96 | <i>imipramine hcl</i> | 151 | NEEDLE U-100 | |
| HUMIRA(CF) PEN PSOR- | | <i>imipramine pamoate</i> | 151 | 168, 183, 186, 187, 196, 201, 205, | |
| UV-ADOL HS..... | 96 | <i>imiquimod</i> | 79 | 206 | |
| HUMULIN R U-500 | | IMJUDO | 9 | INSUPEN PEN NEEDLE... 187 | |
| (CONC) INSULIN..... | 29 | IMOVAX RABIES | | INTELENCE..... | 159 |
| HUMULIN R U-500 | | VACCINE (PF) | 102 | INTRON A..... | 163 |
| (CONC) KWIKPEN..... | 29 | IMPAVIDO | 35 | INVEGA HAFYERA..... | 40 |
| <i>hydralazine</i> | 51 | INBRIJA | 37 | INVEGA SUSTENNA..... | 41 |
| <i>hydrochlorothiazide</i> | 57 | <i>incassia</i> | 136 | INVEGA TRINZA..... | 41 |

| | | | | | |
|---|---------|-------------------------------------|----------|--|----------|
| INVELTYS..... | 111 | JENTADUETO..... | 26 | <i>kosher prenatal plus iron</i> | 222 |
| IPOL..... | 102 | JENTADUETO XR..... | 26 | KRAZATI..... | 11 |
| <i>ipratropium bromide</i> | 73, 112 | <i>jinteli</i> | 88 | <i>kurvelo (28)</i> | 136 |
| <i>ipratropium-albuterol</i> | 73 | <i>jolessa</i> | 136 | KYLEENA..... | 137 |
| IQIRVO..... | 83 | <i>juleber</i> | 136 | KYNMOBI..... | 37 |
| <i>irbesartan</i> | 52 | JULUCA..... | 159 | <i>l norgestle.estradiol-e.estradiol</i> ... | 137 |
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> | 52 | <i>junel 1.5/30 (21)</i> | 136 | <i>labetalol</i> | 48 |
| <i>irinotecan</i> | 10 | <i>junel 1/20 (21)</i> | 136 | <i>lacosamide</i> | 145 |
| ISENTRESS..... | 159 | <i>junel fe 1.5/30 (28)</i> | 136 | <i>lactulose</i> | 83 |
| ISENTRESS HD..... | 159 | <i>junel fe 1/20 (28)</i> | 136 | <i>lagevrio (eua)</i> | 164 |
| <i>isibloom</i> | 136 | <i>junel fe 24</i> | 136 | <i>lamivudine</i> | 159 |
| ISOLYTE S PH 7.4..... | 215 | JUXTAPID..... | 56 | <i>lamivudine-zidovudine</i> | 159 |
| ISOLYTE-P IN 5 % | | JYLAMVO..... | 10 | <i>lamotrigine</i> | 145, 146 |
| DEXTROSE..... | 215 | JYNARQUE..... | 57 | <i>lanreotide</i> | 91 |
| ISOLYTE-S..... | 215 | JYNNEOS (PF)..... | 102 | <i>lansoprazole</i> | 82 |
| <i>isoniazid</i> | 156 | KALYDECO..... | 69 | LANTUS SOLOSTAR U-100 | |
| ISOPROPYL ALCOHOL..... | 79 | KANJINTI..... | 10 | INSULIN..... | 29 |
| <i>isosorbide dinitrate</i> | 59, 60 | <i>kariva (28)</i> | 136 | LANTUS U-100 INSULIN.... | 29 |
| <i>isosorbide mononitrate</i> | 60 | KATERZIA..... | 54 | <i>lapatinib</i> | 11 |
| <i>isosorbide-hydralazine</i> | 60 | <i>kelnor 1/35 (28)</i> | 136 | <i>larin 1.5/30 (21)</i> | 137 |
| <i>isradipine</i> | 54 | <i>kelnor 1-50 (28)</i> | 136 | <i>larin 1/20 (21)</i> | 137 |
| <i>itraconazole</i> | 154 | KERENDIA..... | 59 | <i>larin 24 fe</i> | 137 |
| IV PREP WIPES..... | 188 | KESIMPTA PEN..... | 66 | <i>larin fe 1.5/30 (28)</i> | 137 |
| <i>ivabradine</i> | 51 | <i>ketoconazole</i> | 154 | <i>larin fe 1/20 (28)</i> | 137 |
| <i>ivermectin</i> | 35 | <i>ketoprofen</i> | 118 | <i>larissia</i> | 137 |
| IWILFIN..... | 10 | <i>ketorolac</i> | 111, 118 | <i>latanoprost</i> | 107 |
| IXCHIQ (PF)..... | 102 | KEYTRUDA..... | 10 | <i>leflunomide</i> | 97 |
| IXIARO (PF)..... | 102 | KIMMTRAK..... | 10 | <i>lenalidomide</i> | 11 |
| <i>jaimiess</i> | 136 | KINERET..... | 97 | LENVIMA..... | 11 |
| JAKAFI..... | 10 | KINRIX (PF)..... | 102 | <i>lessina</i> | 137 |
| <i>jantoven</i> | 217 | <i>kionex (with sorbitol)</i> | 83 | <i>letrozole</i> | 11 |
| JANUMET..... | 25 | KISQALI..... | 11 | <i>leucovorin calcium</i> | 114 |
| JANUMET XR..... | 25, 26 | KISQALI FEMARA CO- | | LEUKERAN..... | 11 |
| JANUVIA..... | 26 | PACK..... | 10 | LEUKINE..... | 219 |
| JARDIANCE..... | 26 | KLISYRI..... | 79 | <i>leuprolide</i> | 11 |
| <i>jasmiel (28)</i> | 136 | <i>klor-con m10</i> | 215 | <i>leuprolide (3 month)</i> | 11 |
| <i>javygtor</i> | 220 | <i>klor-con m15</i> | 215 | <i>levetiracetam</i> | 146 |
| JAYPIRCA..... | 10 | <i>klor-con m20</i> | 215 | <i>levobunolol</i> | 107 |
| JEMPERLI..... | 10 | KLOXXADO..... | 22 | <i>levocarnitine</i> | 114 |
| <i>jencycla</i> | 136 | KOSELUGO..... | 11 | <i>levocarnitine (with sugar)</i> | 114 |

| | | | | | |
|---|----------|--|----------|---|----------|
| <i>levocetirizine</i> | 156 | LORBRENA..... | 12 | MARGENZA..... | 12 |
| <i>levofloxacin</i> | 130 | <i>loryna (28)</i> | 138 | <i>marlissa (28)</i> | 138 |
| <i>levofloxacin in d5w</i> | 130 | <i>losartan</i> | 52 | <i>marnatal-f</i> | 222 |
| <i>levonest (28)</i> | 137 | <i>losartan-hydrochlorothiazide</i> | 52 | MARPLAN..... | 151 |
| <i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i> .. | 137 | LOTEMAX..... | 111 | MATULANE..... | 13 |
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> | 137, 138 | LOTEMAX SM..... | 111 | <i>matzim la</i> | 50 |
| <i>levonorg-eth estrad triphasic</i> ... | 138 | <i>loteprednol etabonate</i> | 111, 112 | MAVENCLAD (10 TABLET PACK)..... | 66 |
| <i>levora-28</i> | 138 | <i>lovastatin</i> | 56 | MAVENCLAD (4 TABLET PACK)..... | 66 |
| <i>levothyroxine</i> | 86 | <i>low-ogestrel (28)</i> | 138 | MAVENCLAD (5 TABLET PACK)..... | 66 |
| LEXIVA..... | 159 | <i>loxapine succinate</i> | 41 | MAVENCLAD (6 TABLET PACK)..... | 66 |
| LIBERVANT..... | 146 | <i>lo-zumandimine (28)</i> | 138 | MAVENCLAD (7 TABLET PACK)..... | 66 |
| <i>lidocaine</i> | 122 | <i>lubiprostone</i> | 83 | MAVENCLAD (8 TABLET PACK)..... | 66 |
| <i>lidocaine hcl</i> | 122 | LUMAKRAS..... | 12 | MAVENCLAD (9 TABLET PACK)..... | 66 |
| <i>lidocaine viscous</i> | 122 | LUMIGAN..... | 107 | MAVYRET..... | 162 |
| <i>lidocaine-prilocaine</i> | 122 | LUNSUMIO..... | 12 | MAXICOMFORT II PEN NEEDLE..... | 189 |
| <i>lidocan iii</i> | 122 | LUPRON DEPOT..... | 12, 91 | MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE..... | 189, 190 |
| LILETTA..... | 138 | LUPRON DEPOT (3 MONTH)..... | 12, 91 | MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE..... | 190 |
| <i>lillow (28)</i> | 138 | LUPRON DEPOT (4 MONTH)..... | 12 | MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE..... | 190 |
| <i>linezolid</i> | 124 | LUPRON DEPOT (6 MONTH)..... | 12 | MAYZENT..... | 67 |
| <i>linezolid in dextrose 5%</i> | 124 | LUPRON DEPOT-PED..... | 91 | MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT)..... | 67 |
| LINZESS..... | 83 | LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)..... | 91 | MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT)..... | 67 |
| <i>liothyronine</i> | 86 | <i>lurasidone</i> | 41 | <i>meclizine</i> | 34 |
| LISCO..... | 188 | <i>lutera (28)</i> | 138 | <i>medroxyprogesterone</i> | 92, 93 |
| <i>lisinopril</i> | 59 | LYBALVI..... | 41 | <i>mefenamic acid</i> | 118 |
| <i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ... | 59 | <i>lyleq</i> | 138 | <i>mefloquine</i> | 35 |
| LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES..... | 188 | <i>lyllana</i> | 88 | | |
| LITE TOUCH INSULIN SYRINGE..... | 188, 189 | LYNPARZA..... | 12 | | |
| <i>lithium carbonate</i> | 66 | LYSODREN..... | 12 | | |
| <i>lithium citrate</i> | 66 | LYTGOBI..... | 12 | | |
| LIVTENCITY..... | 163 | <i>lyza</i> | 138 | | |
| LOKELMA..... | 83 | MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG..... | 189 | | |
| LONSURF..... | 11 | MAGELLAN SYRINGE..... | 189 | | |
| <i>loperamide</i> | 83 | <i>magnesium sulfate</i> | 215 | | |
| <i>lopinavir-ritonavir</i> | 159 | <i>malathion</i> | 80 | | |
| LOQTORZI..... | 12 | <i>maraviroc</i> | 159 | | |
| <i>lorazepam</i> | 24 | | | | |
| <i>lorazepam intensol</i> | 24 | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------------|--------------|---|---|----------|
| <i>megestrol</i> | 13, 93 | MICRODOT INSULIN PEN | MORPHINE..... | 121 |
| MEKINIST..... | 13 | NEEDLE..... | <i>morphine concentrate</i> | 120 |
| MEKTOVI..... | 13 | MICRODOT | MOUNJARO..... | 26 |
| <i>meloxicam</i> | 118 | READYGARD PEN | MOVANTIK..... | 84 |
| <i>memantine</i> | 25 | NEEDLE..... | <i>moxifloxacin</i> | 108, 130 |
| MENACTRA (PF)..... | 102 | <i>microgestin 1.5/30 (21)</i> | <i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i> | |
| MENQUADFI (PF)..... | 102 | <i>microgestin 1/20 (21)</i>..... | ..... | 130 |
| MENVEO A-C-Y-W-135- | | <i>microgestin 24 fe</i> | <i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> | |
| DIP (PF)..... | 102 | <i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>..... | ..... | 130 |
| <i>mercaptapurine</i> | 13 | <i>microgestin fe 1/20 (28)</i> | MRESVIA (PF)..... | 103 |
| <i>meropenem</i> | 126 | <i>midodrine</i> | MULTAQ..... | 48 |
| <i>merzee</i> | 138 | <i>mifepristone</i> | <i>mupirocin</i> | 80 |
| <i>mesalamine</i> | 60, 61 | <i>miglitol</i> | MVASI..... | 13 |
| MESNEX..... | 114 | <i>miglustat</i> | <i>mycophenolate mofetil</i> | 97 |
| <i>metadate er</i> | 67 | <i>mili</i> | <i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> | 97 |
| <i>metformin</i> | 26 | <i>mimvey</i> | <i>mycophenolate sodium</i> | 97 |
| <i>methadone</i> | 120 | MINI ULTRA-THIN II..... | <i>mynatal</i> | 222 |
| <i>methazolamide</i> | 107 | <i>minitran</i> | <i>mynatal advance</i> | 222 |
| <i>methenamine hippurate</i> | 124 | <i>minocycline</i> | <i>mynatal plus</i> | 222 |
| <i>methimazole</i> | 87 | <i>minoxidil</i> | <i>mynatal-z</i> | 222 |
| <i>methocarbamol</i> | 222 | MIRENA..... | <i>mynate 90 plus</i> | 223 |
| <i>methotrexate sodium</i> | 13 | <i>mirtazapine</i> | MYRBETRIQ..... | 86 |
| <i>methotrexate sodium (pf)</i> | 13 | <i>misoprostol</i> | <i>nabumetone</i> | 118 |
| <i>methoxsalen</i> | 79 | <i>mitoxantrone</i> | <i>nadolol</i> | 49 |
| <i>methscopolamine</i> | 83 | M-M-R II (PF)..... | <i>nafcillin</i> | 130 |
| <i>methsuximide</i> | 146 | <i>m-natal plus</i> | <i>nafcillin in dextrose iso-osm</i> | 129 |
| <i>methylphenidate hcl</i> | 67, 68 | <i>modafinil</i> | <i>naloxone</i> | 22 |
| <i>methylprednisolone</i> | 89, 90 | <i>moexipril</i> | <i>naltrexone</i> | 22 |
| <i>metoclopramide hcl</i> | 83, 84 | <i>molindone</i> | NAMZARIC..... | 25 |
| <i>metolazone</i> | 57 | <i>mometasone</i> | <i>naproxen</i> | 118 |
| <i>metoprolol succinate</i> | 49 | MONOJECT INSULIN | <i>naratriptan</i> | 32 |
| <i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> | 49 | SAFETY SYRING..... | NATACYN..... | 109 |
| <i>metoprolol tartrate</i> | 49 | MONOJECT INSULIN | <i>nateglinide</i> | 26 |
| <i>metronidazole</i> | 80, 123, 125 | SYRINGE..... | NATPARA..... | 62 |
| <i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> | 124 | MONOJECT SYRINGE..... | NAYZILAM..... | 146 |
| <i>metyrosine</i> | 51 | MONOJECT ULTRA | <i>nebivolol</i> | 49 |
| <i>mexiletine</i> | 47 | COMFORT INSULIN..... | <i>nefazodone</i> | 151 |
| <i>micafungin</i> | 154 | <i>mono-linyah</i> | <i>neomycin</i> | 123 |
| <i>miconazole-3</i> | 154 | <i>montelukast</i> | <i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> ... | 109 |
| | | <i>morphine</i> | | 120, 121 |

| | | | | | |
|---|----------|---|----------|---|----------|
| <i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i> | 109 | <i>norethindrone ac-eth estradiol</i> | 89, 139 | <i>obstetrix dha prenatal duo</i> | 223 |
| <i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i> | 109 | <i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> | 139, 140 | <i>o-cal prenatal</i> | 223 |
| <i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> | 109 | <i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> | 140 | OCALIVA..... | 84 |
| <i>neomycin-polymyxin-hc</i> | 109 | <i>norlyda</i> | 140 | OCREVUS..... | 68 |
| <i>neo-polycin</i> | 109 | <i>nortrel 1/35 (21)</i> | 140 | <i>octreotide acetate</i> | 91, 92 |
| <i>neo-polycin hc</i> | 109 | <i>nortrel 1/35 (28)</i> | 140 | ODEFSEY..... | 160 |
| NERLYNX..... | 13 | <i>nortrel 7/7/7 (28)</i> | 140 | ODOMZO..... | 13 |
| <i>neuac</i> | 80 | <i>nortriptyline</i> | 151 | OFEV..... | 70 |
| NEULASTA ONPRO..... | 219 | NORVIR..... | 160 | <i>ofloxacin</i> | 109 |
| NEUPRO..... | 37 | NOVOFINE 30..... | 192 | OGIVRI..... | 14 |
| <i>nevirapine</i> | 159, 160 | NOVOFINE 32..... | 192 | OGSIVEO..... | 14 |
| <i>newgen</i> | 223 | NOVOFINE PLUS..... | 192 | OJEMDA..... | 14 |
| NEXLETOL..... | 56 | NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN..... | 29 | OJJAARA..... | 14 |
| NEXLIZET..... | 56 | NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100..... | 29 | <i>olanzapine</i> | 42 |
| NEXPLANON..... | 139 | NOVOLIN N FLEXPEN..... | 30 | <i>olmesartan</i> | 52 |
| <i>niacin</i> | 56 | NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN..... | 30 | <i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid</i> | 53 |
| <i>niacor</i> | 56 | NOVOLIN R FLEXPEN..... | 30 | <i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> | 53 |
| <i>nicardipine</i> | 54 | NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN..... | 30 | <i>olopatadine</i> | 112, 113 |
| NICOTROL..... | 22 | NOVOTWIST..... | 192 | <i>omega-3 acid ethyl esters</i> | 56 |
| NICOTROL NS..... | 22 | NOXAFIL..... | 154 | <i>omeprazole</i> | 82 |
| <i>nifedipine</i> | 54 | NUBEQA..... | 13 | <i>omeprazole-sodium bicarbonate</i> | 82 |
| <i>nikki (28)</i> | 139 | NUCALA..... | 69, 70 | OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)..... | 192 |
| <i>nilutamide</i> | 13 | NULOJIX..... | 97 | OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)..... | 192 |
| NINLARO..... | 13 | NUPLAZID..... | 42 | OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)..... | 192 |
| <i>nitazoxanide</i> | 35 | NURTEC ODT..... | 32 | OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)..... | 192 |
| <i>nitisinone</i> | 220 | <i>nyamyc</i> | 154 | OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)..... | 192 |
| <i>nitrofurantoin macrocrystal</i> | 125 | <i>nylia 1/35 (28)</i> | 140 | OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)..... | 193 |
| <i>nitrofurantoin monohydlm-cryst</i> | 125 | <i>nylia 7/7/7 (28)</i> | 140 | OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)..... | 193 |
| <i>nitroglycerin</i> | 60, 114 | <i>nymyo</i> | 140 | OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)..... | 193 |
| <i>niva-plus</i> | 223 | <i>nystatin</i> | 154, 155 | | |
| NIVESTYM..... | 219 | <i>nystatin-triamcinolone</i> | 155 | | |
| <i>nizatidine</i> | 82 | <i>nystop</i> | 155 | | |
| NORDITROPIN FLEXPRO..... | 91 | NYVEPRIA..... | 219 | | |
| <i>norelgestromin-ethin.estradiol</i> | 139 | <i>obstetrix dha</i> | 223 | | |
| <i>norethindrone (contraceptive)</i> | 139 | | | | |
| <i>norethindrone acetate</i> | 93 | | | | |

| | | | |
|---------------------------------------|----------|--|--------------------|
| OMNIPOD DASH PODS | | | |
| (GEN 4)..... | 193 | <i>paromomycin</i> | 35 |
| <i>ondansetron</i> | 34 | <i>paroxetine hcl</i> | 151, 152 |
| <i>ondansetron hcl</i> | 34 | PAXLOVID..... | 163 |
| ONGENTYS..... | 37 | <i>pazopanib</i> | 15 |
| ONTRUZANT..... | 14 | PEDIARIX (PF)..... | 103 |
| ONUREG..... | 14 | PEDVAX HIB (PF)..... | 103 |
| OPDIVO..... | 14 | <i>peg 3350-electrolytes</i> | 85 |
| OPDUALAG..... | 14 | PEGASYS..... | 163 |
| OPSUMIT..... | 116 | <i>peg-electrolyte soln</i> | 85 |
| ORENCIA..... | 97 | PEMAZYRE..... | 15 |
| ORENCIA (WITH | | <i>pemetrexed</i> | 15 |
| MALTOSE)..... | 97 | <i>pemetrexed disodium</i> | 15 |
| ORENCIA CLICKJECT..... | 97 | PEMRYDI RTU..... | 15 |
| ORFADIN..... | 221 | PEN NEEDLE..... | 183, 193, 196 |
| ORGOVYX..... | 92 | PEN NEEDLE, DIABETIC | |
| ORILISSA..... | 92 | ..... | 173, 190, 193, 196 |
| ORKAMBI..... | 70 | PEN NEEDLE, DIABETIC, | |
| ORSERDU..... | 14 | SAFETY..... | 197 |
| <i>oseltamivir</i> | 163 | PENBRAYA (PF)..... | 103 |
| OSMOLEX ER..... | 37 | PENBRAYA MENACWY | |
| OTEZLA..... | 97 | COMPONENT(PF)..... | 103 |
| OTEZLA STARTER..... | 98 | PENBRAYA MENB | |
| <i>oxaliplatin</i> | 14 | COMPONENT (PF)..... | 103 |
| <i>oxandrolone</i> | 87 | <i>penciclovir</i> | 79 |
| <i>oxazepam</i> | 24 | <i>penicillamine</i> | 123 |
| <i>oxcarbazepine</i> | 146, 147 | <i>penicillin g potassium</i> | 130 |
| <i>oxybutynin chloride</i> | 86 | <i>penicillin g procaine</i> | 130 |
| <i>oxycodone</i> | 121 | <i>penicillin v potassium</i> | 130 |
| <i>oxycodone-acetaminophen</i> | 121 | PENTACEL (PF)..... | 103 |
| <i>oxymorphone</i> | 121 | <i>pentamidine</i> | 35 |
| OZEMPIC..... | 27 | PENTIPS..... | 193, 194 |
| <i>pacerone</i> | 48 | <i>pentoxifylline</i> | 218 |
| <i>paclitaxel</i> | 15 | <i>perindopril erbumine</i> | 59 |
| <i>paclitaxel protein-bound</i> | 15 | <i>periogard</i> | 75 |
| <i>paliperidone</i> | 42 | <i>permethrin</i> | 81 |
| PALYNZIQ..... | 221 | <i>perphenazine</i> | 42 |
| PANRETIN..... | 79 | <i>perphenazine-amitriptyline</i> | 152 |
| <i>pantoprazole</i> | 82 | PERSERIS..... | 42 |
| <i>paricalcitol</i> | 62 | <i>phenelzine</i> | 152 |
| | | <i>phenobarbital</i> | 147 |
| | | <i>phenytoin</i> | 147 |
| | | <i>phenytoin sodium</i> | 147 |
| | | <i>phenytoin sodium extended</i> | 147 |
| | | <i>philith</i> | 140 |
| | | PIFELTRO..... | 160 |
| | | <i>pilocarpine hcl</i> | 75, 107 |
| | | <i>pimecrolimus</i> | 78 |
| | | <i>pimozide</i> | 42 |
| | | <i>pimtree (28)</i> | 140 |
| | | <i>pindolol</i> | 49 |
| | | <i>pioglitazone</i> | 27 |
| | | <i>pioglitazone-metformin</i> | 27 |
| | | PIP PEN NEEDLE..... | 194 |
| | | <i>piperacillin-tazobactam</i> | 130 |
| | | PIQRAY..... | 15 |
| | | <i>pirfenidone</i> | 70 |
| | | <i>pirmella</i> | 140 |
| | | <i>piroxicam</i> | 118 |
| | | <i>pitavastatin calcium</i> | 56 |
| | | PLASMA-LYTE A..... | 215 |
| | | PLEGRIDY..... | 68 |
| | | <i>pnv 29-1</i> | 223 |
| | | <i>pnv-dha + docusate</i> | 223 |
| | | <i>pnv-omega</i> | 223 |
| | | <i>podofilox</i> | 79 |
| | | <i>polycin</i> | 110 |
| | | <i>polymyxin b sulfate</i> | 125 |
| | | <i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> | 110 |
| | | POMALYST..... | 15 |
| | | <i>portia 28</i> | 140 |
| | | <i>posaconazole</i> | 155 |
| | | <i>potassium chloride</i> | 215, 216 |
| | | <i>potassium chloride-0.45 % nacl</i> | |
|  |  | ..... | 216 |
| | | <i>potassium citrate</i> | 216 |
| | | <i>pr natal 400</i> | 223 |
| | | <i>pr natal 400 ec</i> | 223 |
| | | <i>pr natal 430</i> | 223 |
| | | <i>pr natal 430 ec</i> | 223 |
| | | <i>pramipexole</i> | 37 |

| | | | | |
|---|---------|---------------------------------------|--|-----|
| <i>prasugrel</i> | 218 | PRO COMFORT INSULIN | <i>quetiapine</i> | 42 |
| <i>pravastatin</i> | 56 | SYRINGE..... | <i>quinapril</i> | 59 |
| <i>praziquantel</i> | 35 | PRO COMFORT PEN | <i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ... | 59 |
| <i>prazosin</i> | 47 | NEEDLE..... | <i>quinidine gluconate</i> | 48 |
| <i>prednisolone</i> | 90 | PROAIR RESPICLICK..... | <i>quinidine sulfate</i> | 48 |
| <i>prednisolone acetate</i> | 112 | <i>probenecid</i> | <i>quinine sulfate</i> | 36 |
| <i>prednisolone sodium phosphate</i> | 90, 112 | <i>probenecid-colchicine</i> | QULIPTA..... | 32 |
| <i>prednisone</i> | 90 | PROCALAMINE 3%..... | RABAVERT (PF)..... | 104 |
| <i>pregabalin</i> | 147 | <i>prochlorperazine</i> | <i>rabeprazole</i> | 82 |
| PREHEVBRIO (PF)..... | 103 | <i>prochlorperazine edisylate</i> .. | <i>raloxifene</i> | 89 |
| PREMARIN..... | 89 | <i>prochlorperazine maleate</i> | <i>ramipril</i> | 59 |
| PREMPHASE..... | 89 | <i>procto-med hc</i> | <i>ranolazine</i> | 52 |
| PREMPRO..... | 89 | <i>proctosol hc</i> | <i>rasagiline</i> | 37 |
| <i>prenal true</i> | 223 | <i>proctozone-hc</i> | RASUVO (PF)..... | 98 |
| <i>prenaissance</i> | 223 | PRODIGY INSULIN | RAVICTI..... | 84 |
| <i>prenaissance plus</i> | 223 | SYRINGE..... | RAYALDEE..... | 62 |
| <i>prenatabs fa</i> | 223 | <i>progesterone micronized</i> | <i>reclipsen (28)</i> | 141 |
| <i>prenatal 19</i> | 224 | PROGRAF..... | RECOMBIVAX HB (PF)..... | 104 |
| <i>prenatal 19 (with docusate)</i> | 224 | PROMACTA..... | REGANEX..... | 79 |
| <i>prenatal low iron</i> | 224 | <i>promethazine</i> | RELENZA DISKHALER... | 163 |
| <i>prenatal plus</i> | 224 | <i>promethegan</i> | RELION NEEDLES..... | 196 |
| <i>prenatal plus (calcium carb)</i> .. | 223 | <i>propafenone</i> | RELION PEN NEEDLES.... | 196 |
| <i>prenatal vitamin plus low iron</i> . | 224 | <i>propranolol</i> | RELISTOR..... | 84 |
| <i>prenatal-u</i> | 224 | <i>propylthiouracil</i> | RENFLEXIS..... | 98 |
| <i>preplus</i> | 224 | PROQUAD (PF)..... | <i>repaglinide</i> | 27 |
| <i>pretab</i> | 224 | PROSOL 20 %..... | REPATHA PUSHTRONEX.. | 56 |
| <i>prevalite</i> | 56 | <i>protriptyline</i> | REPATHA SURECLICK..... | 56 |
| PREVENT DROPSAFE | | PULMOZYME..... | REPATHA SYRINGE..... | 56 |
| PEN NEEDLE..... | 194 | PURE COMFORT | RETACRIT..... | 220 |
| <i>previfem</i> | 140 | ALCOHOL PADS..... | RETEVMO..... | 15 |
| PREVYMIS..... | 163 | PURE COMFORT PEN | RETROVIR..... | 160 |
| PREZCOBIX..... | 160 | NEEDLE..... | REVCOVI..... | 221 |
| PREZISTA..... | 160 | PURE COMFORT SAFETY | REXULTI..... | 43 |
| PRIFTIN..... | 156 | PEN NEEDLE..... | REYATAZ..... | 160 |
| PRIMAQUINE..... | 36 | PURIXAN..... | REZLIDHIA..... | 15 |
| <i>primidone</i> | 147 | <i>pyrazinamide</i> | REZUROCK..... | 98 |
| PRIORIX (PF)..... | 104 | <i>pyridostigmine bromide</i> | RHOPRESSA..... | 107 |
| PRO COMFORT | | <i>pyrimethamine</i> | RIABNI..... | 16 |
| ALCOHOL PADS..... | 195 | QINLOCK..... | <i>ribavirin</i> | 164 |
| | | QUADRACEL (PF)..... | RIDAURA..... | 98 |

| | | | | | |
|---------------------------------------|----------|---------------------------------------|----------|--|--------|
| <i>rifabutin</i> | 156 | <i>scopolamine base</i> | 34 | <i>sodium phenylbutyrate</i> | 84 |
| <i>rifampin</i> | 156 | SECUADO..... | 43 | <i>sodium polystyrene sulfonate</i> | 84 |
| <i>rilpivirine</i> | 160 | SECURESAFE INSULIN | | <i>sodium,potassium,mag sulfates</i> .. | 85 |
| <i>riluzole</i> | 68 | SYRINGE..... | 197 | <i>solifenacin</i> | 86 |
| <i>rimantadine</i> | 163 | SECURESAFE PEN | | SOLIQUA 100/33..... | 30 |
| RINVOQ..... | 98 | NEEDLE..... | 197 | SOLTAMOX..... | 16 |
| <i>risedronate</i> | 62 | <i>select-ob</i> | 224 | SOMATULINE DEPOT..... | 92 |
| <i>risperidone</i> | 43 | <i>select-ob (folic acid)</i> | 224 | SOMAVERT..... | 92 |
| <i>risperidone microspheres</i> | 43 | <i>selegiline hcl</i> | 37, 38 | <i>sorafenib</i> | 16 |
| <i>ritonavir</i> | 160 | <i>selenium sulfide</i> | 80 | <i>sorine</i> | 49 |
| RITUXAN HYCELA..... | 16 | SELZENTRY..... | 160, 161 | <i>sotalol</i> | 49 |
| <i>rivastigmine</i> | 25 | SEMGLEE(INSULIN | | <i>sotalol af</i> | 49 |
| <i>rivastigmine tartrate</i> | 25 | GLARGINE-YFGN)..... | 30 | SPIRIVA RESPIMAT..... | 74 |
| RIVFLOZA..... | 114 | SEMGLEE(INSULIN | | <i>spironolactone</i> | 58, 59 |
| <i>rizatriptan</i> | 32, 33 | GLARG-YFGN)PEN..... | 30 | <i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i> | 58 |
| <i>r-natal ob</i> | 224 | <i>se-natal 19 chewable</i> | 224 | SPRAVATO..... | 152 |
| ROCKLATAN..... | 107 | SEREVENT DISKUS..... | 74 | <i>sprintec (28)</i> | 141 |
| <i>roflumilast</i> | 70 | SEROSTIM..... | 92 | SPRITAM..... | 147 |
| ROLVEDON..... | 220 | <i>sertraline</i> | 152 | SPRYCEL..... | 16 |
| <i>ropinirole</i> | 37 | <i>setlakin</i> | 141 | <i>sps (with sorbitol)</i> | 84 |
| <i>rosadan</i> | 80 | SEZABY..... | 147 | <i>sronyx</i> | 141 |
| <i>rosuvastatin</i> | 56 | <i>sharobel</i> | 141 | <i>ssd</i> | 80 |
| ROTARIX..... | 104 | SHINGRIX (PF)..... | 105 | <i>stavudine</i> | 161 |
| ROTATEQ VACCINE..... | 105 | SIGNIFOR..... | 92 | STELARA..... | 99 |
| ROZLYTREK..... | 16 | <i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> | 116 | STERILE PADS..... | 197 |
| RUBRACA..... | 16 | <i>silver sulfadiazine</i> | 80 | STIMUFEND..... | 220 |
| <i>rufinamide</i> | 147 | SIMBRINZA..... | 107 | STIOLTO RESPIMAT..... | 74 |
| RUKOBIA..... | 160 | <i>simliya (28)</i> | 141 | STIVARGA..... | 17 |
| RUXIENCE..... | 16 | <i>simpesse</i> | 141 | STRENSIQ..... | 221 |
| RYBELSUS..... | 27 | <i>simvastatin</i> | 57 | <i>streptomycin</i> | 124 |
| RYBREVANT..... | 16 | <i>sirolimus</i> | 98 | STRIBILD..... | 161 |
| RYDAPT..... | 16 | SIRTURO..... | 156 | STRIVERDI RESPIMAT..... | 74 |
| SAFESNAP INSULIN | | SKY SAFETY PEN | | <i>subvenite</i> | 148 |
| SYRINGE..... | 196, 197 | NEEDLE..... | 197 | <i>sucalfate</i> | 82 |
| SAFETY PEN NEEDLE..... | 197 | SKYLA..... | 141 | <i>sulfacetamide sodium</i> | 110 |
| <i>sajazir</i> | 52 | SKYRIZI..... | 98, 99 | <i>sulfacetamide sodium (acne)</i> | 80 |
| SANTYL..... | 79 | SLYND..... | 141 | <i>sulfacetamide-prednisolone</i> | 110 |
| <i>sapropterin</i> | 221 | <i>sodium chloride 0.45 %</i> | 216 | <i>sulfadiazine</i> | 131 |
| SAVELLA..... | 68 | <i>sodium chloride 0.9 %</i> | 216 | <i>sulfamethoxazole-</i> | |
| SCSEMBLIX..... | 16 | <i>sodium oxybate</i> | 63 | <i>trimethoprim</i> | 131 |

| | | | | | |
|------------------------------------|----------|---|----------|---|---------|
| <i>sulfasalazine</i> | 61 | <i>tacrolimus</i> | 78, 99 | <i>tencon</i> | 121 |
| <i>sulindac</i> | 118 | <i>tadalafil</i> | 116 | TENIVAC (PF)..... | 105 |
| <i>sumatriptan</i> | 33 | TAFINLAR..... | 17 | <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .. | 161 |
| <i>sumatriptan succinate</i> | 33 | <i>tafluprost (pf)</i> | 107 | TEPMETKO..... | 18 |
| <i>sumatriptan-naproxen</i> | 33 | TAGRISSO..... | 17 | <i>terazosin</i> | 85 |
| <i>sunitinib malate</i> | 17 | TAKHZYRO..... | 115 | <i>terbinafine hcl</i> | 155 |
| SUNLENCA..... | 161 | TALVEY..... | 17 | <i>terbutaline</i> | 74 |
| SURE COMFORT | | TALZENNA..... | 17 | <i>terconazole</i> | 123 |
| ALCOHOL PREP PADS..... | 198 | <i>tamoxifen</i> | 17 | <i>teriflunomide</i> | 68 |
| SURE COMFORT INS. | | <i>tamsulosin</i> | 85 | <i>teriparatide</i> | 62 |
| SYR. U-100..... | 198 | <i>tarina 24 fe</i> | 141 | TERUMO INSULIN | |
| SURE COMFORT | | <i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> | 141 | SYRINGE..... | 201 |
| INSULIN SYRINGE..... | 198, 199 | <i>taron-c dha</i> | 224 | <i>testosterone</i> | 87 |
| SURE COMFORT PEN | | <i>taron-prex prenatal-dha</i> | 224 | <i>testosterone cypionate</i> | 87 |
| NEEDLE..... | 198, 199 | TASIGNA..... | 17 | <i>testosterone enanthate</i> | 87 |
| SURE COMFORT SAFETY | | <i>tasimelteon</i> | 63 | TETANUS,DIPHThERIA | |
| PEN NEEDLE..... | 198 | TAVALISSE..... | 216 | TOX PED(PF)..... | 105 |
| SURE-FINE PEN | | TAVNEOS..... | 99 | <i>tetrabenazine</i> | 69 |
| NEEDLES..... | 199 | <i>taysofy</i> | 141 | <i>tetracycline</i> | 132 |
| SURE-JECT INSULIN | | <i>tazarotene</i> | 81 | THALOMID..... | 115 |
| SYRINGE..... | 199 | <i>tazicef</i> | 127 | <i>theophylline</i> | 74 |
| SURE-PREP ALCOHOL | | TAZORAC..... | 81 | THINPRO INSULIN | |
| PREP PADS..... | 200 | <i>taztia xt</i> | 50 | SYRINGE..... | 202 |
| SUTAB..... | 85 | TAZVERIK..... | 17 | <i>thioridazine</i> | 43 |
| <i>syeda</i> | 141 | TDVAX..... | 105 | <i>thiothixene</i> | 43 |
| SYMDEKO..... | 70 | TECENTRIQ..... | 17 | <i>tiadylt er</i> | 50 |
| SYMJEPI..... | 52 | TECHLITE INSULIN | | <i>tiagabine</i> | 148 |
| SYMLINPEN 120..... | 27 | SYRINGE..... | 200, 201 | TIBSOVO..... | 18 |
| SYMLINPEN 60..... | 27 | TECHLITE INSULN | | TICE BCG..... | 18 |
| SYMPAZAN..... | 148 | SYR(HALF UNIT)..... | 200 | TICOVAC..... | 105 |
| SYMTUZA..... | 161 | TECHLITE PEN NEEDLE. | 201 | <i>tigecycline</i> | 132 |
| SYNAREL..... | 92 | TECHLITE PLUS PEN | | <i>tilia fe</i> | 141 |
| SYNERCID..... | 125 | NEEDLE..... | 201 | <i>timolol maleate</i> | 49, 108 |
| SYNJARDY..... | 27 | TECVAYLI..... | 18 | <i>tinidazole</i> | 36 |
| SYNJARDY XR..... | 27 | TEFLARO..... | 127 | <i>tiopronin</i> | 85 |
| SYNRIBO..... | 17 | <i>telmisartan</i> | 53 | <i>tiotropium bromide</i> | 74 |
| SYRINGE WITH NEEDLE, | | <i>telmisartan-amlodipine</i> | 53 | TIVDAK..... | 18 |
| SAFETY..... | 197 | <i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> . | 53 | TIVICAY..... | 161 |
| TABLOID..... | 17 | <i>temazepam</i> | 24 | TIVICAY PD..... | 161 |
| TABRECTA..... | 17 | TEMIXYS..... | 161 | <i>tizanidine</i> | 222 |

| | | | | | |
|---|----------|---|-----|--------------------------|---------------|
| TOBI PODHALER | 124 | <i>tretinoin (antineoplastic)</i> | 18 | TRUE COMFORT PEN | |
| <i>tobramycin</i> | 110, 124 | <i>tri femynor</i> | 141 | NEEDLE..... | 203 |
| <i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> | 124 | <i>triamcinolone acetonide</i> 75, 78, 90 | | TRUE COMFORT PRO | |
| <i>tobramycin sulfate</i> | 124 | <i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> 58 | | ALCOHOL PADS..... | 204 |
| <i>tobramycin-dexamethasone</i> | 110 | <i>triazolam</i> | 24 | TRUE COMFORT PRO INS | |
| <i>tolterodine</i> | 86 | <i>trientine</i> | 123 | SYRINGE..... | 202, 203, 204 |
| TOPCARE CLICKFINE..... | 202 | <i>tri-estarylla</i> | 141 | TRUE COMFORT SAFETY | |
| TOPCARE ULTRA | | <i>trifluoperazine</i> | 43 | PEN NEEDLE..... | 203 |
| COMFORT | 202 | <i>trifluridine</i> | 110 | TRUEPLUS INSULIN. | 204, 205 |
| <i>topiramate</i> | 148 | <i>trihexyphenidyl</i> | 38 | TRUEPLUS PEN NEEDLE | 204 |
| <i>toposar</i> | 18 | TRIJARDY XR | 28 | TRULICITY | 28 |
| <i>toremifene</i> | 18 | TRIKAFTA..... | 70 | TRUMENBA..... | 105 |
| <i>torpenz</i> | 18 | <i>tri-legest fe</i> | 142 | TRUQAP | 18 |
| <i>torse mide</i> | 58 | <i>tri-linyah</i> | 142 | TRUSELTIQ..... | 18 |
| TOUJEO MAX U-300 | | <i>tri-lo-estarylla</i> | 142 | TRUXIMA..... | 19 |
| SOLOSTAR | 30 | <i>tri-lo-marzia</i> | 142 | TUKYSA..... | 19 |
| TOUJEO SOLOSTAR U-300 | | <i>tri-lo-mili</i> | 142 | TURALIO..... | 19 |
| INSULIN..... | 30 | <i>tri-lo-sprintec</i> | 142 | <i>turqoz (28)</i> | 142 |
| TRADJENTA..... | 27 | <i>trimethoprim</i> | 125 | TWINRIX (PF)..... | 105 |
| <i>tramadol</i> | 121 | <i>tri-mili</i> | 142 | TYBOST..... | 115 |
| <i>tramadol-acetaminophen</i> | 121 | <i>trimipramine</i> | 152 | TYMLOS..... | 62 |
| <i>trandolapril</i> | 59 | TRINTELLIX..... | 152 | TYPHIM VI..... | 105, 106 |
| <i>trandolapril-verapamil</i> | 59 | <i>tri-nymyo</i> | 142 | TYVASO..... | 116 |
| <i>tranexamic acid</i> | 216 | <i>tri-previfem (28)</i> | 142 | UBRELVY..... | 33 |
| <i>tranylcypromine</i> | 152 | <i>tri-sprintec (28)</i> | 142 | ULTICARE..... | 206, 207 |
| TRAVASOL 10 %..... | 46 | TRIUMEQ..... | 161 | ULTICARE INSULIN | |
| <i>travoprost</i> | 108 | TRIUMEQ PD..... | 161 | SYRINGE..... | 205, 206 |
| TRAZIMERA..... | 18 | <i>triveen-duo dha</i> | 224 | ULTICARE INSULN | |
| <i>trazodone</i> | 152 | <i>trivora (28)</i> | 142 | SYR(HALF UNIT)..... | 205 |
| TRECTOR..... | 156 | <i>tri-vylibra</i> | 142 | ULTICARE PEN NEEDLE | 206 |
| TRELEGY ELLIPTA..... | 74 | <i>tri-vylibra lo</i> | 142 | ULTICARE SAFETY PEN | |
| TRELSTAR | 18 | TRIZIVIR..... | 161 | NEEDLE..... | 206 |
| TREMFYA..... | 99 | TROGARZO..... | 161 | ULTIGUARD SAFEPACK- | |
| <i>treprostinil sodium</i> | 116 | TROPHAMINE 10 %..... | 47 | INSULIN SYR..... | 207 |
| TRESIBA FLEXTOUCH U- | | <i>trospium</i> | 86 | ULTIGUARD SAFEPACK- | |
| 100..... | 30 | TRUE COMFORT | | PEN NEEDLE..... | 207 |
| TRESIBA FLEXTOUCH U- | | ALCOHOL PADS..... | 203 | ULTILET ALCOHOL | |
| 200..... | 31 | TRUE COMFORT | | SWAB..... | 207 |
| TRESIBA U-100 INSULIN... 31 | | INSULIN SYRINGE..... | 203 | ULTILET INSULIN | |
| <i>tretinoin</i> | 81 | | | SYRINGE..... | 186, 208 |

| | | | | | |
|------------------------|---------------|--|----------|------------------------------|--------|
| ULTILET PEN NEEDLE.... | 208 | UNIFINE ULTRA PEN | | VERIFINE PLUS PEN | |
| ULTRA CMFT INS SYR | | NEEDLE..... | 213 | NEEDLE-SHARP..... | 214 |
| (HALF UNIT)..... | 184, 197 | UPTRAVI..... | 116 | VERQUVO..... | 52 |
| ULTRA COMFORT | | <i>ursodiol</i> | 84 | VERSACLOZ..... | 44 |
| INSULIN SYRINGE | | UZEDY..... | 43, 44 | VERSALON..... | 214 |
| ..... | 177, 184, 208 | <i>valacyclovir</i> | 164 | VERZENIO..... | 19 |
| ULTRA FLO INSUL | | VALCHLOR..... | 79 | <i>vestura (28)</i> | 142 |
| SYR(HALF UNIT)..... | 208, 209 | <i>valganciclovir</i> | 164 | V-GO 20..... | 214 |
| ULTRA FLO INSULIN | | <i>valproate sodium</i> | 148 | V-GO 30..... | 214 |
| SYRINGE..... | 209 | <i>valproic acid</i> | 148 | V-GO 40..... | 214 |
| ULTRA FLO PEN NEEDLE | | <i>valproic acid (as sodium salt)</i> .. | 148 | <i>vienna</i> | 142 |
| ..... | 209 | <i>valsartan</i> | 53 | <i>vigabatrin</i> | 148 |
| ULTRA THIN PEN | | <i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> .. | 53 | <i>vigadrone</i> | 148 |
| NEEDLE..... | 209 | VALTOCO..... | 148 | <i>vigpoder</i> | 148 |
| ULTRACARE INSULIN | | <i>vancomycin</i> | 125 | <i>vilazodone</i> | 153 |
| SYRINGE..... | 209, 210 | VANFLYTA..... | 19 | <i>vinate care</i> | 224 |
| ULTRACARE PEN | | VANISHPOINT INSULIN | | <i>vinblastine</i> | 19 |
| NEEDLE..... | 210 | SYRINGE..... | 213 | <i>vincasar pfs</i> | 19 |
| ULTRA-THIN II (SHORT) | | VANISHPOINT SYRINGE..... | 213 | <i>vincristine</i> | 19 |
| INS SYR..... | 210, 211 | VAQTA (PF)..... | 106 | <i>vinorelbine</i> | 19 |
| ULTRA-THIN II (SHORT) | | <i>varenicline</i> | 23 | <i>viocele (28)</i> | 143 |
| PEN NDL..... | 211 | VARIVAX (PF)..... | 106 | VIRACEPT..... | 162 |
| ULTRA-THIN II INS PEN | | VEGZELMA..... | 19 | VIREAD..... | 162 |
| NEEDLES..... | 211 | <i>velivet triphasic regimen (28)</i> .. | 142 | <i>virt-c dha</i> | 224 |
| ULTRA-THIN II INSULIN | | VELTASSA..... | 84 | <i>virt-nate dha</i> | 224 |
| SYRINGE..... | 211 | VEMLIDY..... | 161 | <i>virt-pn dha</i> | 225 |
| UNIFINE PEN NEEDLE.... | 211 | VENCLEXTA..... | 19 | <i>virt-pn plus</i> | 225 |
| UNIFINE PENTIPS | | VENCLEXTA STARTING | | <i>vitafol gummies</i> | 225 |
| ..... | 193, 211, 212 | PACK..... | 19 | <i>vitafol nano</i> | 225 |
| UNIFINE PENTIPS | | <i>venlafaxine</i> | 152 | <i>vitafol-ob+dha</i> | 225 |
| MAXFLOW..... | 211 | <i>venlafaxine besylate</i> | 152 | VITRAKVI..... | 19, 20 |
| UNIFINE PENTIPS PLUS.. | 212 | VEOZAH..... | 115 | VIZIMPRO..... | 20 |
| UNIFINE PENTIPS PLUS | | <i>verapamil</i> | 50, 51 | VOCABRIA..... | 162 |
| MAXFLOW..... | 212 | VERIFINE INSULIN | | <i>volnea (28)</i> | 143 |
| UNIFINE PROTECT..... | 212 | SYRINGE..... | 213, 214 | VONJO..... | 20 |
| UNIFINE SAFECONTROL | | VERIFINE PEN NEEDLE | | <i>voriconazole</i> | 155 |
| ..... | 212, 213 | ..... | 213, 214 | VOSEVI..... | 162 |
| UNIFINE SAFECONTROL | | VERIFINE PLUS PEN | | VOWST..... | 115 |
| PEN NEEDLE..... | 212, 213 | NEEDLE..... | 214 | <i>vp-ch-pnv</i> | 225 |
| | | | | <i>vp-pnv-dha</i> | 225 |

| | | | |
|---------------------------|--------|-----------------------------------|-----|
| VRAYLAR..... | 44 | <i>zafemy</i> | 143 |
| VUMERITY..... | 69 | <i>zafirlukast</i> | 72 |
| <i>vyfemla (28)</i> | 143 | <i>zaleplon</i> | 63 |
| <i>vylibra</i> | 143 | ZARXIO..... | 220 |
| VYZULTA..... | 108 | <i>zatean-pn dha</i> | 225 |
| <i>warfarin</i> | 218 | <i>zatean-pn plus</i> | 225 |
| WEBCOL..... | 214 | <i>zebutal</i> | 122 |
| WELIREG..... | 20 | ZEGALOGUE | |
| WINREVAIR..... | 71 | AUTOINJECTOR..... | 115 |
| <i>wixela inhub</i> | 72 | ZEGALOGUE SYRINGE... | 115 |
| XALKORI..... | 20 | ZEJULA..... | 21 |
| XARELTO..... | 218 | ZELBORAF..... | 21 |
| XARELTO DVT-PE TREAT | | <i>zenatane</i> | 79 |
| 30D START..... | 218 | ZENPEP..... | 221 |
| XATMEP..... | 20 | <i>zidovudine</i> | 162 |
| XCOPRI..... | 149 | <i>zingiber</i> | 225 |
| XCOPRI MAINTENANCE | | <i>ziprasidone hcl</i> | 44 |
| PACK..... | 149 | <i>ziprasidone mesylate</i> | 44 |
| XCOPRI TITRATION | | ZIRABEV..... | 21 |
| PACK..... | 149 | ZIRGAN..... | 110 |
| XDEMVI..... | 110 | ZOLADEX..... | 21 |
| XELJANZ..... | 99 | ZOLINZA..... | 21 |
| XELJANZ XR..... | 99 | <i>zolmitriptan</i> | 33 |
| XERMELO..... | 84 | <i>zolpidem</i> | 63 |
| XGEVA..... | 62 | ZONISADE..... | 149 |
| XIFAXAN..... | 125 | <i>zonisamide</i> | 149 |
| XIGDUO XR..... | 28 | <i>zovia 1-35 (28)</i> | 143 |
| XIIDRA..... | 112 | ZTALMY..... | 149 |
| XOLAIR..... | 71 | ZTLIDO..... | 122 |
| XOSPATA..... | 20 | <i>zumandimine (28)</i> | 143 |
| XPOVIO..... | 20 | ZURZUVAE..... | 153 |
| XTANDI..... | 20, 21 | ZYDELIG..... | 21 |
| <i>xulane</i> | 143 | ZYKADIA..... | 21 |
| XULTOPHY 100/3.6..... | 31 | ZYLET..... | 110 |
| XYOSTED..... | 87 | ZYMFENTRA..... | 115 |
| <i>yargesa</i> | 221 | ZYNLONTA..... | 21 |
| YERVOY..... | 21 | ZYNYZ..... | 21 |
| YF-VAX (PF)..... | 106 | ZYPREXA RELPREVV..... | 44 |
| YONSA..... | 21 | | |
| <i>yuvafem</i> | 89 | | |



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

P.O. Box 285, Portsmouth, NH 03802

www.goldkidney.com



Este formulario fue actualizado el 10/1/2024. 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.