



## 2025 Formulario (Lista de medicamentos cubiertos o "Lista de medicamentos")

**FAVOR DE LEER:** Este documento contiene información acerca de los medicamentos que cubrimos en este plan.

Aspire Health Protect (HMO)  
Aspire Health Value (HMO)  
Aspire Health Advantage (HMO)  
Aspire Health Group Plus (HMO-POS)  
Aspire Health Plus (HMO-POS)



PRESENTADO POR



Este formulario fue actualizado el 10/1/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, póngase en contacto con Aspire Health Plan.

(888) 495-3160 | usuarios de TTY 711  
24 horas al día, siete días a la semana, o  
visite [www.aspirehealthplan.org](http://www.aspirehealthplan.org)

HPMS Approved Formulary File  
Submission ID 25194, Version Number 11  
H8764\_RX\_CompFormulary\_0824\_C



## Nota para miembros actuales

Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor, revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a “nosotros” o “nuestro”, se está refiriendo a Aspire Health Plan. Cuando se refiere al “plan” o a “nuestro plan”, se está refiriendo a Aspire Health Protect, Aspire Health Value, Aspire Health Advantage, Aspire Health Group Plus o Aspire Health Plus.

Este documento incluye una Lista de medicamentos (Formulario) para nuestro plan que está vigente a partir del 10/03/2024. Para obtener una Lista de medicamentos actualizada (Formulario), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la Lista de medicamentos (Formulario), aparece en las portadas delantera y trasera.

Debe usar por lo general farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos con receta médica. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coaseguros podrían cambiar el 1 de enero de 2025, y de vez en cuando durante el año.

# Contenido

¿Qué es el formulario de Aspire Health Protect, Aspire Health Value, Aspire Health Advantage, Aspire Health Group Plus o Aspire Health Plus? .....	iv
¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)? .....	iv
¿Cómo uso el formulario? .....	vi
¿Qué son medicamentos genéricos?.....	vi
¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?.....	vi
¿Existen restricciones en mi cobertura?.....	vii
¿Cómo puedo solicitar una excepción al formulario de Aspire Health Protect, Aspire Health Value, Aspire Health Advantage, Aspire Health Group Plus o Aspire Health Plus?.....	viii
¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene alguna restricción?.....	ix
Para más información .....	x
Formulario de Aspire Health Protect, Aspire Health Value, Aspire Health Advantage, Aspire Health Group Plus, o Aspire Health Plus .....	x
Índice de medicamentos.....	1

# ¿Qué es el formulario de Aspire Health Protect, Aspire Health Value, Aspire Health Advantage, Aspire Health Group Plus o Aspire Health Plus?

---

En este documento, utilizamos los términos Lista de medicamentos y formulario para significar lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Aspire Health Plan, en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias de medicamentos con receta médica que se consideran como parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Aspire Health Plan cubrirá por lo general los medicamentos listados en nuestro formulario siempre y cuando los medicamentos sean médicamente necesarios, la receta médica sea surtida en una farmacia de la red de Aspire Health Plan y se sigan otras reglas del plan. Para más información en cómo surtir sus recetas médicas, por favor consulte su Evidencia de Cobertura.

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

---

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1 de enero, pero podríamos agregar o quitar medicamentos del formulario durante el año, moverlos a distintos niveles de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Nosotros debemos seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: <https://www.aspirehealthplan.org/drug-coverage/>.

### **Cambios que le pudieran afectarle este año.**

En los siguientes casos, usted se verá afectado por cambios de cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos retirar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos con una nueva versión determinada de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero inmediatamente trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.

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

Si usted actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no se lo informemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato, pero más adelante le brindaremos información sobre el o los cambio(s) específicos que hemos realizado.

Si realizamos dicho cambio, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento que se está modificando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada "*¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Aspire Health Protect, Aspire Health Value, Aspire Health Advantage, Aspire Health Group Plus o Aspire Health Plus?*"

Algunos de estos tipos de medicamentos puede que sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada "*¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?*"

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que debe retirarse por razones de seguridad o eficacia, podemos retirar el medicamento de nuestro formulario de inmediato y luego notificar a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podríamos realizar otros cambios que afecten a los miembros que toman actualmente un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que actualmente está en el formulario, o agregar un nuevo biosimilar para reemplazar un producto biológico original que actualmente está en el formulario, o agregar nuevas restricciones o mover un medicamento que mantenemos en el formulario a un nivel de costo compartido más alto o ambas cosas después de agregar un medicamento correspondiente. Podemos realizar cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada respecto de un medicamento o movemos un medicamento a un nivel más alto de costos compartidos, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor. Alternativamente, cuando un miembro solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y una notificación del cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o su médico que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción para usted y que continuemos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. La notificación que le daremos incluirá también información sobre cómo solicitar una excepción. Usted también puede encontrar también dicha información en la sección más adelante denominada "*¿Cómo puedo solicitar una excepción al formulario de Aspire Health Protect, Aspire Health Value, Aspire Health Advantage, Aspire Health Group Plus o Aspire Health Plus?*"

**Cambios que no le afectarán si está tomando actualmente el medicamento.** Por lo general, si usted está tomando un medicamento de nuestro formulario 2025 que se encontraba cubierto a principio del año, no discontinuaremos o reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025 salvo según lo que se describió arriba. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con los mismos costos compartidos y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los toman por el resto del año de cobertura. Usted no recibirá notificación directa este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios si le afectarán, y es importante que consulte la lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios para cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado al 10/03/2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Aspire Health Plan, por favor póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y contratapa. Nuestro sitio Web ([www.aspirehealthplan.org](http://www.aspirehealthplan.org)) tiene una versión electrónica de nuestro formulario que puede descargar. Se actualiza mensualmente y es nuestro formulario de medicamentos más actualizado. Si retiramos un medicamento durante el año, agregamos nuevas restricciones a un medicamento de marca o movemos un medicamento de marca a un nivel diferente de costos compartidos, publicaremos una página en nuestro sitio Web que identifique estos cambios en específico. Esta información puede encontrarse bajo la sección "Drug Coverage" (Cobertura de Medicamentos) de nuestro sitio Web.

# ¿Cómo uso el Formulario?

---

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

## **CONDICIÓN MÉDICA**

El formulario empieza en la página 1. Los medicamentos en este formulario se agrupan en categorías según el tipo de condición médica para las que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar una condición cardíaca se encuentran bajo la categoría, “AGENTES CARDIOVASCULARES”. Si usted sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

## **LISTADO EN ORDEN ALFABÉTICO**

Si no está seguro sobre bajo qué categoría buscar, debería buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página i-1. El Índice ofrece una lista en orden alfabético de los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos están listados en el índice. Busque su medicamento en el índice. Al lado de su medicamento, verá el número de página en el que podrá encontrar información de cobertura. Vaya a la página listada en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

# ¿Qué son medicamentos genéricos?

---

Aspire Health Plan cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) en el sentido de tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden ser sustituidos por su medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica, dependiendo de las leyes del estado.

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

---

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en vez de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares a algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes del estado, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

- Para obtener información sobre 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.

# ¿Existen restricciones en mi cobertura?

---

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

- **Autorización previa:** Aspire Health Plan requiere que usted o su médico que le receta los medicamentos obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará obtener la aprobación de Aspire Health Plan antes de surtir sus recetas médicas. Si no obtiene la aprobación, Aspire Health Plan podría no cubrir el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Aspire Health Plan limita la cantidad de medicamento que Aspire Health Plan cubrirá. Por ejemplo, Aspire Health Plan suministra 60 cápsulas por cada 30 días para celecoxib. Esto puede ser adicional a un suministro de un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Aspire Health Plan requiere que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubriremos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto un Medicamento A como un Medicamento B tratan su condición médica, Aspire Health Plan podría no cubrir el Medicamento B a menos que usted pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona para usted, Aspire Health Plan cubrirá el medicamento B.

Usted puede averiguar si su medicamento tiene límites o requisitos adicionales buscando en el formulario que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio Web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. Usted también puede solicitarnos que le mandemos una copia. Nuestra información de contacto, además de la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y contratapa.

Usted puede solicitarle a Aspire Health Plan que haga una excepción a estas restricciones o límites o puede pedir una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición médica. Vea la sección, "*¿Cómo puedo solicitar una excepción al formulario de Aspire Health Protect, Aspire Health Value, Aspire Health Advantage, Aspire Health Group Plus o Aspire Health Plus?*" en la página vii para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), usted debe contactar primero a Servicios para Miembros y preguntar si el medicamento está cubierto.

Si usted se entera que Aspire Health Plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedir a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que están cubiertos por Aspire Health Plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que recete un medicamento similar que esté cubierto por Aspire Health Plan.
- Usted puede pedir a Aspire Health Plan que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea abajo información sobre cómo solicitar una excepción.

# ¿Cómo puedo solicitar una excepción al formulario de Aspire Health Protect, Aspire Health Value, Aspire Health Advantage, Aspire Health Group Plus o Aspire Health Plus?

Usted puede pedir a Aspire Health Plan que haga una excepción a las reglas de cobertura. Existen distintos tipos de excepciones que usted puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. De ser aprobado, este medicamento será cubierto a un nivel predeterminado de costos compartidos y usted no podrá pedirnos que le ofrezcamos el medicamento a un nivel menor de costos compartidos.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento de formulario a un nivel menor de costos compartidos a menos de que el medicamento está en el nivel de especialidad. De ser aprobado, esto disminuiría el monto que debe pagar por el medicamento.
- Puede solicitarnos que le hagamos una excepción a una restricción de cobertura, incluidas las autorizaciones previas, la terapia escalonada o un límite de cantidad en su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Aspire Health Plan limita la cantidad de medicamento que cubrirá. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

Generalmente, Aspire Health Plan solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento con menor costo compartido o la aplicación de la restricción no serían tan efectivos para usted y/o le causarían efectos adversos.

Usted o su médico que receta deben comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción de nivel o formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicita una excepción, su médico que le receta el medicamento deberá explicar el motivo médico por el cual necesita la excepción.** En general, debemos tomar nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas de haber recibido la declaración de respaldo del médico que receta el medicamento. Usted puede solicitar una excepción expedita (rápida) si cree, y estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente perjudicada si tiene que esperar hasta 72 horas para recibir una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su médico que receta solicita una decisión rápida, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico que receta.



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

---

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

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

Si usted es residente de un establecimiento de cuidados de largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para conseguir sus medicamentos es limitada, pero ya han transcurrido los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras consigue una excepción de formulario.

Hay excepciones disponibles para beneficiarios que han experimentado un cambio en el nivel de cuidado que están recibiendo que requiere que realicen una transición de un establecimiento o centro de tratamiento a otro. A continuación hay ejemplos de situaciones en las que los beneficiarios serían elegibles para la excepción de surtido temporal de única vez cuando no se encuentran dentro de este plazo inicial de tres meses en el programa Parte D:

- i. El beneficiario fue dado de alta del hospital y recibió una lista de medicamentos de alta basado en el formulario del hospital.
- ii. Los beneficiarios que finalizan su estadía de Medicare Parte A en un centro de enfermería especializada (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que necesitan volver a su formulario del plan Parte D.
- iii. Los beneficiarios que abandonan su estatus de hospicio para volver a los beneficios de Medicare Parte A y B.
- iv. Los beneficiarios que son dados de alta de hospitales psiquiátricos crónicos con regímenes de medicación que son altamente individualizados.

## Para más información

---

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta médica de Aspire Health Plan, revise su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas acerca de Aspire Health Plan, por favor póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, además de la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y contratapa.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de Medicare para medicamentos con receta médica, por favor 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>.

## Formulario de Aspire Health Protect, Aspire Health Value, Aspire Health Advantage, Aspire Health Group Plus o Aspire Health Plus

---

El formulario que comienza en la página 1 ofrece información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por Aspire Health Plan. Si se le dificulta encontrar su medicamento en la lista, vaya al índice que comienza en la página i-1.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca (por ejemplo, HUMIRA) se encuentran en mayúscula y los medicamentos genéricos están listados en cursiva minúscula (por ejemplo, *celecoxib*).

La información que aparece en la columna Requisitos/Límites le indica si Aspire Health Plan tienen requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

Los medicamentos con receta médica se agrupan en uno de seis niveles. Aspire Health Plan cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA (por sus siglas en inglés) en el sentido de tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

**Nivel 1 — Medicamentos genéricos preferentes:** medicamentos genéricos o de marca que están disponibles en el menor nivel de costos compartidos para el plan

**Nivel 2 — Medicamentos genéricos:** medicamentos genéricos o de marca que ofrece el plan a un costo más alto para usted que los medicamentos genéricos preferentes del Nivel 1

**Nivel 3 — Medicamentos de marca preferentes:** medicamentos genéricos o de marca que ofrece el plan a un costo más bajo para usted que los medicamentos no preferentes del Nivel 4

**Nivel 4 — Medicamentos de marca no preferentes:** medicamentos genéricos o de marca que ofrece el plan a un costo más alto para usted que los medicamentos de marca preferentes del Nivel 3

**Nivel 5 — Medicamentos de especialidad:** algunos medicamentos inyectables y otros medicamentos de costo alto

**Nivel 6 — Insulinas selectas:** ciertos productos de insulina que ayudan a controlar el azúcar en la sangre de personas con diabetes.

El costo de su receta médica depende de:

- El nivel en el que se encuentra su medicamento
- Si usted surte su receta médica en una farmacia de la red
- La etapa de pago de su medicamento actual; por favor, lea su Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener más información.
- Para los miembros de Aspire Health Advantage, Aspire Health Group Plus o Aspire Health Plus, todos los medicamentos listados en el nivel 1 y 2 tienen reducciones de costos compartidos adicionales en la brecha de cobertura.

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas** — Nuestro plan cubre la mayor parte de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, aún si no ha terminado de pagar su deducible. Llame a Servicio a miembros para más información.

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por insulina** — Usted no pagará más de \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, aún si no ha terminado de pagar su deducible.

Si usted calificó para Extra Help (Ayuda extra) con los costos de sus medicamentos, sus costos podrían ser diferentes a los descritos arriba. Por favor, remítase a su Evidencia de Cobertura (EOC) o llámenos para determinar cuáles son sus costos.

**La siguiente tabla describe las abreviaturas utilizadas en la Tabla de la Lista de Medicamentos.**

ABREVIACIÓN	DESCRIPCIÓN
PA	Aplica autorización previa
PA NSO	PA para nuevos inicios únicamente
PA BvD	Parte D vs. Parte B únicamente
PA-HRM	PA para medicamentos de alto riesgo
QL	Aplica límite en cantidad
ST	Aplica terapia escalonada
ST NSO	ST para nuevos inicios únicamente
CB	Beneficio con tope
GM	Hombre únicamente
GF	Mujer únicamente
AGE (Máx x Años)	Editar edad autorización previa
AGE (Mín x Años)	Editar edad autorización previa
AGE (Mín x Años y Máx y Años)	Editar edad autorización previa
AGE (Mín x Años y Máx y Años)	Editar edad autorización previa
EX	Medicamento excluido
FF	Primer surtido
LA	(Incentivo de uso genérico)
GC	Cobertura en la brecha
NDS	Suministro de días no extendido
NM	Medicamento que no puede ser surtido por correo
HI	Medicamento de infusión en casa
*	Medicamento de ADD

## Tabla de Contenido

<b>Agentes Anti Cáncer</b> .....	3
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b> .....	15
<b>Agentes Antiansiedad</b> .....	16
<b>Agentes Antidemencia</b> .....	17
<b>Agentes Antidiabetico</b> .....	18
<b>Agentes Antigota</b> .....	23
<b>Agentes Antimigraña</b> .....	24
<b>Agentes Antinausea</b> .....	25
<b>Agentes Antiparasitarios</b> .....	26
<b>Agentes Antiparkinson</b> .....	27
<b>Agentes Antipsicóticos</b> .....	28
<b>Agentes Calóricos</b> .....	34
<b>Agentes Cardiovasculares</b> .....	35
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b> .....	46
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b> .....	47
<b>Agentes De Trastorno De Sueño</b> .....	48
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central</b> .....	49
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio</b> .....	52
<b>Agentes Dentales Y Orales</b> .....	57
<b>Agentes Dermatológicos</b> .....	57
<b>Agentes Gastrointestinales</b> .....	61
<b>Agentes Genitourinarios</b> .....	64
<b>Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador</b> .....	65
<b>Agentes Inmunológicos</b> .....	69
<b>Agentes Oftálmicos</b> .....	80
<b>Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta</b> .....	81
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b> .....	85

<b>Agentes Vasodilatadores</b> .....	87
<b>Analgésicos</b> .....	87
<b>Anestésicos</b> .....	91
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b> .....	91
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b> .....	92
<b>Antibacterianos</b> .....	92
<b>Anticonceptivos</b> .....	98
<b>Anticonvulsivos</b> .....	107
<b>Antidepresivos</b> .....	112
<b>Antifúngicos</b> .....	116
<b>Antihistamínicos</b> .....	118
<b>Antimicobacteriales</b> .....	118
<b>Antivirales (Sitémico)</b> .....	119
<b>Dispositivos</b> .....	124
<b>Preparaciones De Reemplazo</b> .....	170
<b>Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen</b> .....	171
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b> .....	174
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b> .....	175

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Anti Cáncer</b>		
<b>Agentes Anti Cáncer</b>		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zytiga)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	2	
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	5	PA NSO; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	2	
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5	NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	PA BvD; ST
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
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
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	2	
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5	PA BvD; NDS

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

01/01/2025



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	4	PA BvD
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG (lomustine)	4	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG (lomustine)	5	NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	2	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	2	
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	4	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	2	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA NSO; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA NSO; NDS; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	PA NSO; NDS

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	5	PA NSO; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5	PA NSO; NDS; QL (140 per 28 days)
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	PA NSO; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</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	

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	5	NDS; QL (30 per 30 days)
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; LA; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	5	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (14 per 28 days)
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5	NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y 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>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (dasatinib)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG (dasatinib)	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NDS
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	4	PA NSO
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	5	NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (64 per 28 days)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)

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

01/01/2025



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	NDS; QL (120 per 30 days)
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b>		
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b>		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 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)	4	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	4	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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y 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>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol</i> (Narcan) 4 mg/actuation	2	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	2	
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	4	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline 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	
<b>Agentes Antiansiedad</b>		
<b>Benzodiacepinas</b>		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	2	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	2	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>	4	QL (180 per 30 days)
<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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y 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>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	2	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i> (Lorazepam Intensol)	2	QL (150 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)	2	QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	2	QL (150 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	2	QL (30 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)
<b>Agentes Antidemencia</b>		
<b>Agentes Antidemencia</b>		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i> (Aricept)	4	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	2	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	2	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i> (Namenda XR)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	4	QL (30 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 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>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> (Exelon Patch)	2	QL (30 per 30 days)
<b>Agentes Antidiabetico</b>		
<b>Agentes Antidiabeticos, Varios</b>		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Precose)	2	QL (90 per 30 days)
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Farxiga)	2	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	3	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 per 30 days)
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	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> (Riomet)	4	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	FFF; QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	FFF; QL (150 per 30 days)

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	FFF; QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	FFF; QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	FFF; QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 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-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i> (DUETACT)	2	
<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)
<i>saxagliptin oral tablet 2.5 mg</i>	2	
<i>saxagliptin oral tablet 5 mg</i> (Onglyza)	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>saxagliptin-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 2.5-1,000 mg, 5-1,000 mg, 5-500 mg</i>	2	
SITAGLIPTIN-METFORMIN ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
<b>Insulinas</b>		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN (insulin lispro) U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN, HALF-UNIT 100 UNIT/ML	6	max \$35 copay per month supply

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
HUMALOG KWIKPEN INSULIN (insulin lispro) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML	6	max \$35 copay per month supply
HUMALOG KWIKPEN INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML)	6	max \$35 copay per month supply
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (50-50)	6	max \$35 copay per month supply
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN (insulin lispro SUBCUTANEOUS INSULIN PEN protamin-lispro) 100 UNIT/ML (75-25)	6	max \$35 copay per month supply
HUMALOG MIX 75-25(U- 100)INSULN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (75- 25)	6	max \$35 copay per month supply
HUMALOG U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	6	max \$35 copay per month supply
HUMALOG U-100 INSULIN (insulin lispro) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	6	max \$35 copay per month supply
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70- 30)	6	max \$35 copay per month supply
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70- 30)	6	max \$35 copay per month supply
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	6	max \$35 copay per month supply
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	6	max \$35 copay per month supply

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

01/01/2025



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	6	max \$35 copay per month supply	
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)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	(Semglee(insulin glargine-yfgn)Pen)	3	max \$35 copay per month supply
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	(Semglee(insulin glargine-yfgn))	3	max \$35 copay per month supply
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE- YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine-yfgn)	3	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)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	3	max \$35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	3	max \$35 copay per month supply; QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)		3	max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
<b>Sulfonilureas</b>			
<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>		2	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>		1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	(Glucotrol XL)	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	(Glucotrol XL)	1	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5- 250 mg</i>		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	PA; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	PA; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		1	PA; AGE (Max 64 Years)
<b>Agentes Antigota</b>			
<b>Agentes Antigota, Otros</b>			
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i>		(Zyloprim)	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</i> (Uloric)	4	ST
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	2	
<b>Agentes Antimigraña</b>		
<b>Agentes Antimigraña</b>		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	5	ST; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	3	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	2	QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 75 MG	5	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	2	QL (12 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 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg/actuation</i>	2	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	2	QL (5 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG	3	PA; QL (16 per 30 days)
UBRELVY ORAL TABLET 50 MG	5	PA; NDS; QL (16 per 30 days)
<b>Agentes Antinausea</b>		
<b>Agentes Antinausea</b>		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	5	PA BvD; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	2	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	4	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	2	PA BvD; QL (12 per 30 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	4	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>meclizine oral tablet 12.5 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	2	
<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 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD
<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>	2	PA; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (Promethegan)	2	
<i>promethegan rectal suppository 25 mg</i> (promethazine)	2	
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	4	PA; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)

## **Agentes Antiparasitarios**

### **Agentes Antiparasitarios**

<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	4	
<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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y 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>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; 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	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	2	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	4	PA BvD; HI
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i> (Biltricide)	4	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	4	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	5	PA; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	2	PA; QL (42 per 7 days)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	

## Agentes Antiparkinson

### Agentes Antiparkinson

<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	2	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<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>	4	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	2	
<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)	4	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	2	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	2	

## **Agentes Antipsicóticos**

### **Agentes Antipsicóticos**

<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	2	QL (750 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Abilify)	2	
<i>aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg</i> (Abilify)	2	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	5	ST; 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	4	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NDS; QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual</i> (Saphris) <i>tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine oral concentrate</i> <i>100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	4	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg,</i> <i>100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200</i> (Clozaril) <i>mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i> <i>100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	4	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i> <i>150 mg</i>	4	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i> <i>200 mg</i>	4	ST; QL (120 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	NDS; QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	4	
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<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 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	NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 per 21 days)

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NDS; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	4	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NDS; QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	4	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	4	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	4	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	4	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	5	NDS; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i> (Zyprexa)	4	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zyprexa)	2	
<i>olanzapine oral tablet 20 mg</i> (Zyprexa)	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg</i> (Zyprexa Zydis)	4	QL (60 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 20 mg</i> (Zyprexa Zydis)	4	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 5 mg</i> (Zyprexa Zydis)	2	
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	4	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	4	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	5	NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	2	QL (60 per 30 days)
<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</i> (Seroquel XR)	2	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel XR)	2	QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	5	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	5	ST; 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	2	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	5	NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	2	QL (480 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg</i> (Risperdal)	2	QL (120 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	2	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.5 mg, 4 mg</i>	4	QL (120 per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	5	NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	5	NDS; QL (0.35 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y 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 150 MG/0.42 ML	5	NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	5	NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	5	NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Geodon)	2	QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i> (Geodon)	4	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	QL (2 per 28 days)
<b>Agentes Calóricos</b>		
<b>Agentes Calóricos</b>		
<i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i>	2	
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %</i>	2	PA BvD; HI
<i>dextrose 5%-water iv soln single use</i>	2	PA BvD; HI

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Cardiovasculares</b>		
<b>Agentes Alfa-Adrenérgicos</b>		
<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	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	2	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	2	QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	2	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>phenoxybenzamine oral capsule 10 mg</i> (Dibenzyline)	2	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
<b>Agentes Antiarrítmicos</b>		
<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	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<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	
<b>Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos</b>		
<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	
<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	

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 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)</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</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>	4	
<b>Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio</b>		
<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>	4	
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y 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>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	2	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	4	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<b>Agentes Cardiovasculares, Varios</b>		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	3	QL (600 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	2	QL (30 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i> (Lanoxin)	2	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	2	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>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Firazyr)	5	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Corlanor)	2	QL (60 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	5	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>	3	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	3	QL (120 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<b>Antagonistas De Receptores De Angiotensina II</b>		
<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	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	3	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG	3	QL (180 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG	3	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG	3	
<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-hcthiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> (Tribenzor)	2	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	2	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	2	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	4	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	2	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	2	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	2	
<b>Dihidropiridinas</b>		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	1	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	2	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	2	

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i> (Exforge HCT)	2	
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>nifedipine oral 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	
<b>Dislipidémicos</b>		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-10 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	QL (30 per 30 days)
<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)	4	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	2	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	2	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	2	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	2	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)

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<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(dr/ec) 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)	2	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i> (Vascepa)	2	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i> (Vascepa)	2	QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>	1	QL (45 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 40 mg</i>	1	QL (60 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)	4	
<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	

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 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)
<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)
<b>Diuréticos</b>		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	2	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	4	
<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>	2	
<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	

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg</i> (Aldactone)	2	
<i>spironolactone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiazid oral tablet 25-25 mg</i>	2	
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>	2	
<i>toremide oral tablet 20 mg</i> (Soaanz)	2	
<i>triamterene oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Dyrenium)	2	
<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	
<b>Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina</b>		
<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</i> (Lotensin HCT)	2	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 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	QL (1200 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<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>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>	2	
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	2	
<b>Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona</b>		
<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)

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

01/01/2025



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>spironolactone oral suspension</i> (CaroSpir) 25 mg/5 ml	2	QL (600 per 30 days)
<b>Vasodilatadores</b>		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 30 mg	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet</i> 40 mg (Isordil)	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet</i> 5 mg (Isordil Titradoso)	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet</i> 10 mg, 20 mg	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release</i> 24 hr 120 mg	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release</i> 24 hr 30 mg, 60 mg	1	
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet</i> 20-37.5 mg (BiDil)	2	
<i>minoxidil oral tablet</i> 10 mg, 2.5 mg	2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet</i> 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg (Nitrostat)	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch</i> 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr (Nitro-Dur)	2	
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<i>alose tron oral tablet</i> 0.5 mg (Lotronex)	4	QL (60 per 30 days)
<i>alose tron oral tablet</i> 1 mg (Lotronex)	5	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>balsalazide oral capsule</i> 750 mg (Colazal)	2	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release</i> 3 mg	4	

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i> (Uceris)	2	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	2	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i> (Delzicol)	4	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	4	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i> (Lialda)	4	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 800 mg</i>	4	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	2	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	4	
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b>		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	2	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	2	QL (3.7 per 28 days)
<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	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	2	QL (1 per 28 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	4	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	4	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	5	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel)	2	QL (1 per 28 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>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	5	PA; NDS; QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	5	PA; NDS; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NDS; QL (5.1 per 28 days)

## Agentes De Trastorno De Sueño

### Agentes De Trastorno De Sueño

<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	2	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	5	PA; LA; NDS; QL (540 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	PA; 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)	2	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)
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central</b>		
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central</b>		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera)	2	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	2	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 18 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5	PA; NDS; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG	5	PA; NDS; QL (84 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	5	PA; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	4	
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine- amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	2	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine- amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i> (Adderall XR)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine- amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Adderall)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i> (Tecfidera)	5	PA; NDS; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i> (Tecfidera)	5	PA; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i> (Tecfidera)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i> (Gilenya)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Glatopa)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Glatopa)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (glatiramer)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (glatiramer)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Intuniv ER)	2	
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	2	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	2	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	2	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	4	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	5	PA; NDS
<i>methylphenidate hcl oral solution</i> (Methylin) <i>10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	2	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10</i> (Ritalin) <i>mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	2	QL (60 per 30 days)
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>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg,</i> (Xenazine) <i>25 mg</i>	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)

## Agentes Del Tracto Respiratorio

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros</b>		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	2	PA BvD
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	5	NDS
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	2	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y 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>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	4	QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	4	QL (30 per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
<b>Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados</b>		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION (fluticasone propion-salmeterol)	3	QL (12 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE (fluticasone furoate-vilanterol)	3	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
<i>breyana inhalation hfa aerosol inhaler 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)

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>budesonide inhalation suspension</i> (Pulmicort) <i>for nebulization 1 mg/2 ml</i>	2	PA BvD; QL (60 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation</i> (Breyna) <i>hfa aerosol inhaler 160-4.5</i> <i>mcg/actuation, 80-4.5</i> <i>mcg/actuation</i>	2	QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation</i> <i>hfa aerosol inhaler 110</i> <i>mcg/actuation</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation</i> <i>hfa aerosol inhaler 220</i> <i>mcg/actuation</i>	2	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation</i> <i>hfa aerosol inhaler 44</i> <i>mcg/actuation</i>	2	QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol</i> (Wixela Inhub) <i>inhalation blister with device 100-</i> <i>50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose,</i> <i>500-50 mcg/dose</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation blister with</i> (fluticasone propion- <i>device 100-50 mcg/dose, 250-50</i> salmeterol) <i>mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	2	QL (60 per 30 days)
<b>Antileucotrinos</b>		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i> (Singulair)	1	
<i>montelukast oral tablet, chewable</i> (Singulair) <i>4 mg, 5 mg</i>	2	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20</i> (Accolate) <i>mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<b>Broncodilatadores</b>		
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	3	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa</i> (Ventolin HFA) <i>aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	2	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa</i> <i>aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> <i>(nda020503)</i>	2	QL (13.4 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<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 %)</i>	2	PA BvD; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</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; QL (312.5 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	2	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)	
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 28 days)	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	4		
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	2		
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i>	(Spiriva with HandiHaler)	2	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200- 62.5-25 MCG	3	QL (60 per 30 days)	

## Agentes Dentales Y Orales

### Agentes Dentales Y Orales

<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	(Evoxac)	2	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	(Periogard)	1	
<i>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>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	

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	2	
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 gel 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	2	

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	2	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	2	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Proctosol HC)	2	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	2	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	2	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	2	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	4	QL (100 per 30 days)
<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 %</i> (Triderm)	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i> (Triderm)	2	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</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>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	
<b>Agentes Dermatológicos, Otros</b>		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	4	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	2	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (AmLactin)	2	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	2	
<i>fluorouracil topical solution 2 %</i>	2	
<i>fluorouracil topical solution 5 %</i>	4	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	2	QL (24 per 30 days)
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	5	NDS; QL (5 per 5 days)
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	2	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	4	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 14 days)
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	2	
<b>Antibacterianos Dermatológicos</b>		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	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
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (MetroCream)	2	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	2	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	4	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	2	QL (220 per 30 days)
<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	
<b>Escabicidas Y Pediculicidas</b>		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	4	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	2	QL (60 per 30 days)
<b>Retinoides Dermatológicos</b>		
<i>tazarotene topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Tazorac)	2	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	2	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	2	PA
<b>Agentes Gastrointestinales</b>		
<b>Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos</b>		
<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>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	1	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i> (Acid Reducer (lansoprazole))	2	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i> (Prevacid)	2	QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	2	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (Protonix)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i> (Protonix)	1	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (AcipHex)	2	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral suspension 100 mg/ml</i> (Carafate)	2	
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	2	
<b>Agentes Gastrointestinales, Otros</b>		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu)	5	PA; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	2	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	2	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	2	PA; AGE (Max 64 Years)
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	2	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	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
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM	3	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	3	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	2	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	3	QL (60 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	2	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	2	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	2	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	3	QL (30 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
<b>Laxantes</b>		
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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y 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>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-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	(GaviLyte-N)	2	
<i>sod sul-potass sul-mag sul sol inner 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>		3	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM		3	
<b>Agentes Genitourinarios</b>			
<b>Agentes Genitourinarios, Varios</b>			
<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	QL (30 per 30 days)
<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	
<b>Antiespasmódicos, Urinario</b>			
<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	QL (30 per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	(mirabegron)	3	QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>		2	QL (600 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>		2	QL (120 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Vesicare)	2	QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	2	QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	2	QL (60 per 30 days)
<i>tropium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Mo- dificador</b>		
<b>Agentes Tiroideos Y Antitiroideos</b>		
<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	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	
<b>Andrógenos</b>		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	
<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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y 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>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (AndroGel)	4	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i> (AndroGel)	4	PA; QL (300 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
<b>Estrógenos Y Antiestrógenos</b>		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	3	PA; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Estrace)	1	PA; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Dotti)	2	PA; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Climara)	2	PA; QL (4 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvafem)	4	QL (18 per 28 days)
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG	3	PA; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN ORAL TABLET 0.625 MG, 1.25 MG (conjugated estrogens)	3	PA; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	3	PA; AGE (Max 64 Years)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	PA; AGE (Max 64 Years)
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	2	
<i>yuvaferm vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	4	QL (18 per 28 days)
<b>Glucocorticoides/Mineralocorticoides</b>		
<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>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	2	
<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	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	2	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<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	

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Pituitario</b>		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	2	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	5	PA NSO; NDS
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml</i>	5	NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i> (Sandostatin)	4	
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>	4	
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i> (Sandostatin)	5	NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<b>Progestinas</b>		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	3	QL (0.65 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	2	PA; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Gallifrey)	2	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	2	
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS

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

01/01/2025



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	PA NSO; NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG (tacrolimus)	4	PA BvD
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG (tacrolimus)	5	PA BvD; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	2	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Gengraf)	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i> (Gengraf)	2	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Sandimmune)	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; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive)</i> (Zortress) <i>oral tablet 0.25 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	PA BvD; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>everolimus (immunosuppressive)</i> (Zortress) <i>oral tablet 0.5 mg</i>	5	PA BvD; NDS; QL (120 per 30 days)
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	5	PA BvD; NDS
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	5	PA BvD; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	5	PA BvD; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	5	PA BvD; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y 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>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
HADLIMA PUSH TOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML	5	NDS
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML	5	NDS
HADLIMA(CF) PUSH TOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML	5	NDS
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; 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; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> (CellCept)	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i> (CellCept)	5	PA BvD; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i> (CellCept)	2	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i> (Myfortic)	4	PA BvD
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	5	PA; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51)	5	PA; NDS; QL (110 per 365 days)
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	5	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NDS
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD; ST
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NDS

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR (adalimumab-ryvk) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	PA BvD
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	5	PA; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	2	PA BvD
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NDS
<b>Vacunas</b>		

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	\$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	\$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG	3	\$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	3	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG- LF/0.5ML	3	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	\$0 copay
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	3	

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
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; QL (1.5 per 365 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	3	\$0 copay; QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	3	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	3	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	3	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25- 58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	3	\$0 copay
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

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	3	\$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	3	\$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
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
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
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	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 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
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	3	(\$0 copay)
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	3	(\$0 copay)
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	3	(\$0 copay)
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	3	QL (0.75 per 365 days)
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	3	(\$0 copay; QL (1.5 per 365 days)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	(\$0 copay)
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	3	(\$0 copay)
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	3	(\$0 copay)
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	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	

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
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; QL (2 per 365 days)
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	3	\$0 copay
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	3	\$0 copay
<b>Agentes Oftálmicos</b>		
<b>Agentes Antiglaucoma</b>		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	2	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	4	QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %</i> (Alphagan P)	2	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	2	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i> (Combigan)	4	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Azopt)	2	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	2	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i> (Cosopt)	2	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i> (Xalatan)	2	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	4	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	4	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	4	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	4	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i> (Zioptan (PF))	4	QL (30 per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	2	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i> (Travatan Z)	4	QL (2.5 per 25 days)
<b>Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta</b>		
<b>Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	2	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<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>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	2	
<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 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	

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (neomycin-bacitracin-polymyxin)	2	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> (Ocuflox)	2	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	2	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (bacitracin-polymyxin b)	2	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	2	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
XDEMVIY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	5	PA; NDS
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	3	
<b>Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i> (Prolensa)	2	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %</i> (BromSite)	2	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	4	

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CEQUA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.09 %	4	
<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)	4	
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>	4	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,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)	4	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i> (Allergy Nasal (mometasone))	4	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte)	4	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	3	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios</b>		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	2	
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	2	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</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)
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b>		
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	5	PA; NDS
<i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	5	NDS
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM (glutamine (sickle cell))	5	PA; 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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
FILSPARI ORAL TABLET 400 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glutamine (sickle cell) oral powder</i> (Endari) <i>in packet 5 gram</i>	2	PA; 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 SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	3	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg</i> (Vistaril)	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 50 mg</i>	2	
<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	NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i> (Rectiv)	4	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	2	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
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	NDS; QL (12 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
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	3	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	3	
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	5	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	2	PA; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (Cialis)	2	PA; QL (30 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NDS
<b>Analgésicos</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios No Esteroides</b>		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	2	QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical solution (Pennsaid) in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i>	5	PA; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>etodolac oral tablet 400 mg (Lodine)</i>	2	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg (ibuprofen)</i>	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg (IBU)</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg (IBU)</i>	1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	2	PA; QL (240 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	2	PA; QL (120 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	2	PA; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 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>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	2	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	2	
<b>Analgésicos, Varios</b>		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	2	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)
<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-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i> (Tencon)	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>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	2	PA; QL (120 per 30 days)

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hour, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hour, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hour</i>	2	QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	2	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-300 mg, 5-325 mg</i>	2	QL (240 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 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)
<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 solution 5 mg/5 ml</i>	2	QL (1300 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>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>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)

## Anestésicos

### Anestesia Local

<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan)	2	PA; QL (90 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)
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 tablet 180 mg</i> (Jadenu)	4	PA
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i> (Jadenu)	3	PA
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET, MODIFIED RELEASE 1,000 MG	5	PA; NDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	5	PA; NDS

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>		
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	4	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	4	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	4	
<b>Antibacterianos</b>		
<b>Aminoglicósidos</b>		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	4	PA BvD
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	4	QL (252 per 30 days)
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	2	PA BvD; HI
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	5	NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	5	NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	5	PA BvD; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	2	PA BvD; HI
<b>Antibacteriales, Misceláneos</b>		

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	2	PA BvD; HI
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	5	PA BvD; HI; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	5	NDS
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	2	PA BvD; HI
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	5	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	PA BvD; HI
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Macrochantin)	2	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	2	QL (60 per 30 days)
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 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)	4	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	3	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)

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

01/01/2025



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Antibióticos B-Lactam</b>		
<b>Misceláneos</b>		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	2	PA BvD; HI
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	2	HI
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	2	PA BvD; HI
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	2	PA BvD; HI
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	2	PA BvD; HI
<b>Cefalosporinas</b>		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	2	PA BvD; HI
<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	PA BvD; HI
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	4	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram</i>	2	PA BvD; HI
<i>cefoxitin intravenous recon soln 10 gram, 2 gram</i>	4	PA BvD; HI
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	4	

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	
<b>Penicilinas</b>		
<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	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 400-57 mg</i>	4	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	2	PA BvD; HI
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	2	PA BvD; HI
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	4	

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	2	PA BvD; HI
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	5	PA BvD; HI; NDS
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i> (Pfizerpen-G)	2	PA BvD; HI
<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</i>	2	PA BvD; HI
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 40.5 gram</i>	4	PA BvD; HI
<b>Quinolonas</b>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	2	PA BvD; HI
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	2	PA BvD; HI
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	2	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	2	PA BvD; HI
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	2	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i> (Avelox in NaCl (iso-osmotic))	2	PA BvD; HI

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Sulfonamidas</b>		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	5	NDS
<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	
<b>Tetraciclinas</b>		
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	2	PA BvD; HI
<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 monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxyne NL)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	5	PA BvD; HI; NDS
<b>Anticonceptivos</b>		
<b>Anticonceptivos</b>		
<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	

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<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>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>		2	
<i>ashlyna 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>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	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>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	2	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Kariva (28))	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Enskyce)	2	
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa oral tablet 3-0.02-0.451 mg (24) (4)</i>	(Beyaz)	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<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> (Ocella)	2	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	QL (1 per 28 days)
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (etonogestrel-ethinyl estradiol)	4	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)	1	
<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>finzala oral tablet, chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<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>heather oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	2	
<i>iclevia oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	2	

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>joyeaux oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	(levonorgest-eth.estradiol-iron)	2	
<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>kaitlib fe oral tablet, chewable 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)</i>	(noreth-ethinyl 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	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets, dose pack, 3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(Camrese Lo)	2	QL (91 per 84 days)
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y 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>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	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>layolis fe oral tablet, chewable 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)</i> (noreth-ethinyl estradiol-iron)	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>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Aubra EQ)	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Altavera (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	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) ORAL TABLET 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) (norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) ORAL TABLET 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) (norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-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

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>lutera (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>mibelas 24 fe oral tablet, chewable 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	
<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/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG		3	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		2	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>nora-be oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	2	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (Xulane)	2	QL (3 per 28 days)
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet,chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7)</i> (Wymzya Fe)	2	
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron oral tablet,chewable 0.8mg-25mcg(24) and 75 mg (4)</i> (Kaitlib Fe)	2	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Junel 1/20 (21))	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Gemily)	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Junel FE 1/20 (28))	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Tri-Legest Fe)	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet,chewable 1 mg-20 mcg(24) /75 mg (4)</i> (Finzala)	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>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-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>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>	2	(norethindrone-ethin estradiol)
<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>	2	(norethindrone-ethin estradiol)
<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>	2	(norgestimate-ethinyl estradiol)
<i>ocella oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	(drospirenone-ethinyl estradiol)
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	(desog- e.estradiol/e.estradiol)
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	(levonorgestrel-ethinyl estrad)
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	(desogestrel-ethinyl estradiol)
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	2	(norethindrone (contraceptive))
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	(norgestimate-ethinyl estradiol)
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	(levonorgestrel-ethinyl estrad)
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	(drospirenone-ethinyl estradiol)
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	(norethindrone- e.estradiol-iron)
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	(norethindrone- e.estradiol-iron)
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	(norgestimate-ethinyl estradiol)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y 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) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	2	
<i>tri-lo-estarylla 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-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>tydemy oral tablet 3-0.03-0.451 mg (21) (7)</i>	(drospirenone- e.estradiol-lm.fa)	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 estradiol)	2	
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>wymzya fe oral tablet,chewable 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7)</i>	(noreth-ethinyl estradiol-iron)	2	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin- ethin.estradiol)	2	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin- ethin.estradiol)	2	QL (3 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y 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>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
<b>Anticonvulsivos</b>		
<b>Anticonvulsivos</b>		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5	NDS; QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Carbatrol)	2	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Tegretol)	2	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Epitol)	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; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	2	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	2	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	2	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	2	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	4	ST; QL (480 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	2	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	2	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	4	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	2	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	ST; NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	2	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	2	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	2	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	2	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	2	QL (120 per 30 days)

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	2	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	2	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) -50 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Blue))	4	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Orange))	4	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 50 mg (42) -100 mg (14)</i> (Lamictal ODT Starter (Green))	4	
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i> (Lamictal XR)	4	
<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)	4	
<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	5	NDS; 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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<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	PA NSO; QL (1500 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	PA NSO; QL (90 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	PA NSO; QL (120 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<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>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>	4	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	2	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	5	ST; NDS; QL (2760 per 30 days)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	4	ST; QL (480 per 30 days)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	5	ST; NDS; QL (240 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	ST; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	2	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	2	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	2	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	5	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	5	ST; NDS; QL (56 per 28 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	4	ST; QL (28 per 28 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	5	ST; NDS; QL (28 per 28 days)
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	5	NDS; QL (900 per 30 days)
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	2	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	2	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (1080 per 30 days)

## Antidepresivos

### Antidepresivos

<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>	4	
<i>amoxapine oral tablet 50 mg</i>	2	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>	2	QL (135 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg</i> (Wellbutrin XL)	2	QL (60 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	2	QL (30 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg</i> (Wellbutrin SR)	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
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	2	QL (60 per 30 days)
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	QL (600 per 30 days)
<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)	4	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	4	
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	2	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	2	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	4	QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta)	2	QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	4	QL (600 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg</i> (Lexapro)	1	QL (45 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	QL (30 per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	4	ST; QL (28 per 28 days)
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</i> (Prozac)	1	
<i>fluoxetine oral capsule 20 mg, 40 mg</i> (Prozac)	1	QL (60 per 30 days)
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	QL (600 per 30 days)
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>fluvoxamine oral tablet 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>	4	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	QL (180 per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	2	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab)	2	QL (30 per 30 days)
<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)	2	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	4	

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	4	PA NSO; QL (900 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Paxil)	1	PA NSO; QL (30 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	PA NSO; QL (60 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> (Paxil CR)	4	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	2	QL (300 per 30 days)
<i>sertraline oral tablet 100 mg</i> (Zoloft)	1	QL (60 per 30 days)
<i>sertraline oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	QL (90 per 30 days)
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	4	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trazodone oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>	4	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>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg</i>	4	QL (90 per 30 days)
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	2	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (14 per 14 days)
<b>Antifúngicos</b>		
<b>Antifúngicos</b>		
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	2	PA BvD; HI
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (AmBisome)	5	PA BvD; NDS
<i>casposfungin intravenous recon soln 50 mg</i> (Cancidas)	2	
<i>casposfungin intravenous recon soln 70 mg</i> (Cancidas)	4	
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	2	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	4	QL (300 per 30 days)
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	4	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	2	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> (Loprox (as olamine))	4	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	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>econazole topical cream 1 %</i>	4	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	PA BvD; HI

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i> (Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 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	NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	4	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	2	
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i> (Sporanox)	5	PA; NDS
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	2	QL (360 per 30 days)
<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	QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	2	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y 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>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Noxafil)	5	PA; NDS
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i> (Noxafil)	5	PA; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	5	PA BvD; HI; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	5	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i> (Vfend)	4	

## Antihistamínicos

### Antihistamínicos

<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i> (Xyzal)	4	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	

## Antimicobacteriales

### Antimicobacteriales

<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	2	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 300 mg</i>	2	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	4	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	4	PA BvD; HI

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y 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>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
<b>Antivirales (Sitémico)</b>		
<b>Antirretrovirales</b>		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	4	QL (960 per 30 days)
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>atazanavir oral capsule 200 mg</i> (Reyataz)	4	QL (60 per 30 days)
<i>atazanavir oral capsule 300 mg</i> (Reyataz)	4	QL (30 per 30 days)
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i> (Prezista)	5	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i> (Prezista)	5	NDS; QL (30 per 30 days)
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	4	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg</i> (Atripla)	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	4	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i> (Truvada)	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i> (Truvada)	4	QL (30 per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	QL (680 per 28 days)
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i> (Intelence)	5	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i> (Intelence)	5	NDS; QL (60 per 30 days)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	5	NDS; QL (120 per 30 days)
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5	NDS; QL (60 per 30 days)
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	QL (120 per 30 days)
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NDS; QL (60 per 30 days)
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	5	NDS; QL (60 per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NDS; QL (60 per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	4	QL (180 per 30 days)
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	2	QL (900 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i> (Epivir)	2	QL (60 per 30 days)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i> (Epivir)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i> (Kaletra) <i>400-100 mg/5 ml</i>	4	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100- 25 mg</i> (Kaletra)	4	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200- 50 mg</i> (Kaletra)	4	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	5	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	4	QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	QL (360 per 30 days)
ODEFSEY ORAL TABLET 200- 25-25 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800- 150 MG-MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NDS; QL (360 per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	5	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	5	NDS; QL (300 per 30 days)
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	2	QL (360 per 30 days)
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NDS; QL (60 per 30 days)
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	NDS; QL (1840 per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	QL (240 per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NDS; QL (60 per 30 days)
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG	5	NDS; QL (5 per 180 days)
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG (4-TABLET PACK)	5	NDS; QL (4 per 180 days)
SYM TUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	4	QL (30 per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	QL (60 per 30 days)
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NDS; QL (60 per 30 days)
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5	NDS; QL (360 per 30 days)
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	4	QL (180 per 30 days)
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG	5	NDS; QL (300 per 30 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG	5	NDS; QL (120 per 30 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NDS; QL (240 per 30 days)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	2	QL (180 per 30 days)
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<b>Antivirales Hcv</b>		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (sofosbuvir-velpatasvir)	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (ledipasvir-sofosbuvir)	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
<b>Antivirales, Varios</b>		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NDS
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	2	QL (540 per 180 days)

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	3	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	QL (60 per 180 days)
<b>Interferones</b>		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
<b>Nucleósidos Y Nucleótidos</b>		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	4	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	2	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	2	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	5	NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	2	
<b>Dispositivos</b>		
<b>Dispositivos</b>		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	6 PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	6 PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	6 PA; ST
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	6 PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	6 PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	6 PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	6 PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	6 PA; ST
ALCOHOL 70% SWABS	(Alcohol Pads)	6 PA; ST
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	(alcohol swabs)	6 PA; ST
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED	(alcohol swabs)	6 PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	6 PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	6 PA; ST
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	6 PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"		6 PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		6 PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		6 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" safety)	6	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	6	PA; ST
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	6	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" (insulin syringe-needle SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	6	PA; ST
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	6	PA; ST
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	6	PA; ST
BD INS SYRN UF 1 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL u-100) SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	6	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" (insulin syringe-needle 1 ML 25 GAUGE X 5/8" u-100)	6	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	6	PA; ST	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	6	PA; ST	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	6	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE	(insulin syringe needleless)	6	PA; ST
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	(Easy Touch Luer Lock Insulin)	6	PA; ST
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		6	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		6	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		6	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		6	PA; ST
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		6	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"		6	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		6	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		6	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		6	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

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
BD SINGLE USE SWAB	(alcohol swabs)	6	PA; ST
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		6	PA; ST
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	6	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	6	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PREP PAD	6	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 12MM 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	6	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	6	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	6	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"	6	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16	6	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16	6	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16	6	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
CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 6	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 6	PA; ST
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 6	PA; ST
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100) 6	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100) 6	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 6	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 6	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100) 6	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 6	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 6	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) 6	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) 6	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 6	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 6	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 (pen needle, diabetic) 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL (pen needle, diabetic, safety) 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL (pen needle, diabetic, safety) 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	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 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
COMFORT POINT PEN ND 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	6	PA; ST
COMFORT POINT PEN ND 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	6	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN ND 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN ND 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN ND 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN ND 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN ND 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN ND 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN ND 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN ND 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN ND 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN ND 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	6	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) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 (gauze bandage) X 2 "	6	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS 2 (alcohol swabs) PLY,MEDIUM	6	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	6	PA; ST
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 (gauze bandage) PLY) 2 X 2 "	6	PA; ST
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 (gauze bandage) PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	6	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	6	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	6	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE u-100) X 1/2"	6	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	6	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	6	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	6	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 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	6	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	6	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	6	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	6	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	6	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	6	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	6	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16	6	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	6	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16	6	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	6	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	6	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	6	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS (alcohol swabs)	6	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	6	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	6	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	6	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	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 INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" safety)	6	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT (insulin syringe-needle SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", u-100) 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	6	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL (pen needle, diabetic, 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	6	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"	6	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	6	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	6	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	6	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	6	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 33G 33 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML SYR (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	6	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	6	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	6	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	6	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
EASY TOUCH ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS GAMMA-STERILIZED	6	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", u-100) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", u-100) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML (insulin syringe needleless)	6	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	6	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)	6	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	6	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML (insulin syringe needleless)	6	PA; ST
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	6	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 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 (Ultra Comfort Insulin Syringe)	6	PA; ST
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE (Ultra Comfort Insulin Syringe)	6	PA; ST
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (Ultra Comfort Insulin Syringe)	6	PA; ST
EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	6	PA; ST
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (Advocate Syringes)	6	PA; ST
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE (Ultra Comfort Insulin Syringe)	6	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	6	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
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (gauze bandage)	6	PA; ST
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE	6	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30 (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	6	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

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"		6	PA; ST
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	6	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(UltiCare Insuln Syr(half unit))	6	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	6	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	6	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	6	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 SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	6	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	6	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (Easy Touch Insulin Syringe)	6	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	6	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29 (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	6	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	6	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (BD Eclipse Luer-Lok)	6	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	6	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	6	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- 100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE (Ultilet Insulin Syringe)	6	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- 100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	6	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- 100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (Monoject Syringe)	6	PA; ST
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES (alcohol swabs)	6	PA; ST
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	6	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2"	6	PA; ST
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	6	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)	6	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE	6	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	6 PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	6 PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	6 PA; ST
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	6 PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	6 PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	6 PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	6 PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	6 PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	6 PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	6 PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"		6 PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		6 PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		6 PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		6 PA; ST

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

01/01/2025

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

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

01/01/2025

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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
NOVOFINE 30 NEEDLE	6	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	6	PA; ST
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	6	PA; ST
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16" (Embrace Pen Needle)	6	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16" (CareFine Pen Needle)	6	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (1st Tier Unifine Pentips Plus)	6	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	6	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

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4"	(1st Tier Unifine Pentips)	6	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		6	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"		6	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	6	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

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

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	6	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G (Comfort Touch Pen 4MM 31 GAUGE X 5/32" Needle)	6	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	6	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	6	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML (BD Veo Insulin 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X Syringe UF) 15/64"	6	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML (BD Veo Insulin 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X Syringe UF) 15/64"	6	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML (BD Veo Insulin 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X Syringe UF) 15/64"	6	PA; ST
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR (Ultilet Insulin Syringe) 1/2 ML 29	6	PA; ST
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	6	PA; ST
RELION MINI PEN 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) NDL 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
RELION NEEDLES NEEDLE 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
RELION PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16", 10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2", 10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 31G (Comfort EZ PRO 4MM 31 GAUGE X 5/32" Safety Pen Ndl)	6	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X (pen needle, diabetic, 31G 31 GAUGE X 3/16" safety)	6	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 " (gauze bandage)	6	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
NEEDLES, INSULIN DISP., (insulin syringe-needle SAFETY u-100)	6	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 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) 6	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) 6	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) 6	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 6	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 6	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs) 6	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100) 6	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100) 6	PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100) 6	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) 6	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 6	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 6	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
SURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 u-100) ML 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 u-100) ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	6	PA; ST
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML u-100) 30 GAUGE X 5/16	6	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	6	PA; ST
SURE-PREP ALCOHOL PREP (alcohol swabs) PADS	6	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	6	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>	
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST	
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST	
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST	
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	6	PA; ST	
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST	
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		6	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	6	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	6	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 PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML u-100) 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 (Thinpro Insulin ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8" Syringe)	6	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100- (insulin syringe-needle 1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8" u-100)	6	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100- (insulin syringe-needle 1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8" u-100)	6	PA; ST
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 u-100) ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 u-100) ML 30 X 3/8"	6	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"	6	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 u-100) ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	6	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"	6	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 u-100) GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	6	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"	6	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
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	6	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)	6	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	6	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	6	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 ALCOHOL (alcohol swabs) 70% PADS	6	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 5MM 33 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML (insulin syringe-needle 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	6	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML (insulin syringe-needle 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	6	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML (insulin syringe-needle 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	6	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
TRUE COMFORT PRO (alcohol swabs) ALCOHOL PADS	6	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	6	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 COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	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 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	6	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 PEN NEEDLES 4MM (pen needle, diabetic) 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G (Comfort EZ Insulin 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X Syringe) 1/2"	6	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	6	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML u-100) 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	6	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML u-100) 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	6	PA; ST
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	6	PA; ST
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	6	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	6	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	6	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	6	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	6	PA; ST
ULTILET ALCOHOL STERL (alcohol swabs) SWAB	6	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 u-100) ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 u-100) ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML u-100) 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	6	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	6	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	6	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" CONVERTS TO 29G u-100) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	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 PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	6	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	6	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	6	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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
UNIFINE PENTIPS MAX (pen needle, diabetic) 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	6	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	6	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"	6	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	6	PA; ST
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
VANISHPOINT U-100 29X1/2 (insulin syringe-needle SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	6	PA; ST
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G (insulin syringe-needle 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	6	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 12MM 29 GAUGE X 1/2"	6	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	6	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	6	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 PLUS PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	6	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	6	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"	6	PA; ST
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	6	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	6	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	6	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	6	PA; ST
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	6	PA; ST
WEBCOL ALCOHOL PREPS (alcohol swabs) 20'S,LARGE	6	PA; ST

## Preparaciones De Reemplazo

### Preparaciones De Reemplazo

<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	2	PA BvD; HI
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	2	PA BvD; HI
<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	PA BvD; HI

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

01/01/2025

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>	2	PA BvD; HI
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	2	PA BvD; HI
<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>	4	
<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	
<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 citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	2	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	2	PA BvD; HI
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	2	PA BvD; HI
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	2	PA BvD; HI

**Productos  
Sanguíneos/Modificadores/  
Expansores De Volumen**

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Hematológicos, Varios</b>		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	2	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	
<b>Anticoagulantes</b>		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i> (Pradaxa)	4	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> (Lovenox)	2	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i> (Lovenox)	2	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i> (Lovenox)	2	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i> (Lovenox)	2	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i> (Lovenox)	2	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i> (Arixtra)	4	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	2	PA BvD; HI

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y 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>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (warfarin)	1	
<i>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)
<b>Inhibidores De Agregación De Plaquetas</b>		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
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)
<b>Modificadores De Formación De Sangre</b>		
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	5	PA BvD; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS

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

01/01/2025



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 per 28 days)
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>		
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>		
CREON ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500-15,000 UNIT, 36,000-114,000-180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	3	
<i>javygtor oral tablet, soluble 100 mg</i> (sapropterin)	5	PA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	5	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NDS
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i> (Javygtor)	5	PA; NDS

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

01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	3	

## Relajantes Musculares Esqueléticos

### Relajantes Musculares Esqueléticos

<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	PA; AGE (Max 64 Years)
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	4	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	4	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	PA; AGE (Max 64 Years)
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	2	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	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



## ÍNDICE

<b>1</b>		
1ST TIER UNIFINE		
PENTIPS .....	124, 125	
1ST TIER UNIFINE		
PENTIPS PLUS.....	125	
<b>A</b>		
<i>abacavir</i> .....	119	
<i>abacavir-lamivudine</i> .....	119	
<i>abiraterone</i> .....	3	
ABOUTTIME PEN NEEDLE		
.....	125	
ABRYSVO (PF).....	75	
<i>acamprosate</i> .....	15	
<i>acarbose</i> .....	18	
<i>acebutolol</i> .....	36	
<i>acetaminophen-codeine</i> ...	89	
<i>acetazolamide</i> .....	80	
<i>acetic acid</i> .....	81	
<i>acetylcysteine</i> .....	53	
<i>acitretin</i> .....	60	
ACTEMRA.....	70	
ACTEMRA ACTPEN.....	69	
ACTHAR.....	68	
ACTHAR SELFJECT .....	68	
ACTHIB (PF) .....	75	
ACTIMMUNE .....	85	
<i>acyclovir</i> .....	60, 124	
<i>acyclovir sodium</i> .....	124	
ADACEL(TDAP		
ADOLESN/ADULT)(PF) .	75	
<i>adefovir</i> .....	124	
ADEMPAS.....	87	
ADVAIR HFA.....	54	
ADVOCATE PEN NEEDLE		
.....	126	
ADVOCATE SYRINGES 125,		
126		
AIRSUPRA.....	55	
AJOVY AUTOINJECTOR ..24		
AJOVY SYRINGE .....	24	
AKEEGA.....	3	
<i>albendazole</i> .....	26	
<i>albuterol sulfate</i> .....	55, 56	
ALCOHOL PADS .....	126	
ALCOHOL PREP PADS ..146		
ALCOHOL PREP SWABS		
.....	126	
ALCOHOL SWABS.....	126	
ALECENSA .....	3	
<i>alendronate</i> .....	47	
<i>alfuzosin</i> .....	64	
<i>aliskiren</i> .....	45	
<i>allopurinol</i> .....	23	
<i>alosetron</i> .....	46	
<i>aprazolam</i> .....	16	
<i>altavera (28)</i> .....	98	
ALUNBRIG .....	3	
<i>alyacen 1/35 (28)</i> .....	98	
<i>alyq</i> .....	87	
<i>amantadine hcl</i> .....	27	
<i>amethia</i> .....	99	
<i>amikacin</i> .....	92	
<i>amiloride</i> .....	43	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>		
.....	43	
<i>amiodarone</i> .....	35	
<i>amitriptyline</i> .....	112	
<i>amlodipine</i> .....	40	
<i>amlodipine-atorvastatin</i> .....	41	
<i>amlodipine-benazepril</i> .....	40	
<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	40	
<i>amlodipine-valsartan</i> .....	40	
<i>amlodipine-valsartan-</i>		
<i>hcthiacid</i> .....	41	
<i>ammonium lactate</i> .....	60	
<i>amoxapine</i> .....	112	
<i>amoxicillin</i> .....	96	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .	96	
<i>amphotericin b</i> .....	116	
<i>amphotericin b liposome</i> .	116	
<i>ampicillin</i> .....	96	
<i>ampicillin sodium</i> .....	96	
<i>ampicillin-sulbactam</i> .....	96	
<i>anagrelide</i> .....	172	
<i>anastrozole</i> .....	3	
ANORO ELLIPTA.....	56	
<i>aprepitant</i> .....	25	
<i>apri</i> .....	99	
APTIOM .....	107	
APTIVUS .....	119	
AQINJECT PEN NEEDLE		
.....	126	
<i>aranelle (28)</i> .....	99	
ARCALYST.....	70	
AREXVY (PF).....	75	
AREXVY ANTIGEN		
COMPONENT .....	75	
ARIKAYCE .....	92	
<i>aripiprazole</i> .....	28, 29	
ARISTADA.....	29	
ARISTADA INITIO .....	29	
<i>armodafinil</i> .....	48	
ARNUITY ELLIPTA .....	54	
<i>asenapine maleate</i> .....	29	
<i>ashlyna</i> .....	99	
<i>aspirin-dipyridamole</i> .....	173	
ASSURE ID DUO PRO		
SFTY PEN NDL.....	126	
ASSURE ID DUO-SHIELD		
.....	126	

ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	126, 127	BD INSULIN SYRINGE... 127,	<i>betamethasone, augmented</i>	58
ASSURE ID PEN NEEDLE .....	127	128	BETASERON .....	50
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE .....	127	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT).....	<i>betaxolol</i> .....	36, 80
ASTAGRAF XL .....	70	127	<i>bethanechol chloride</i> .....	64
<i>atazanavir</i> .....	119	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP.....	<i>bexarotene</i> .....	3
<i>atenolol</i> .....	36	128	BEXSERO .....	75
<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	36	BD INSULIN SYRINGE U-500 .....	<i>bicalutamide</i> .....	3
<i>atomoxetine</i> .....	49	127	BICILLIN L-A .....	96
<i>atorvastatin</i> .....	41	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE.....	BIKTARVY .....	119
<i>atovaquone</i> .....	26	127	<i>bimatoprost</i> .....	80
<i>atovaquone-proguanil</i> .....	26	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE.....	<i>bisoprolol fumarate</i> .....	36
<i>atropine</i> .....	85	128	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....	36
ATROVENT HFA .....	56	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE.....	<i>blisovi 24 fe</i> .....	99
<i>abra eq</i> .....	99	128	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i> .....	99
AUGTYRO .....	3	BD SAFETYGLIDE SYRINGE.....	BOOSTRIX TDAP .....	75
AUSTEDO.....	49	128	BORDERED GAUZE .....	129
AUSTEDO XR.....	49	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE .....	<i>bosentan</i> .....	87
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	49, 50	129	BOSULIF .....	3, 4
AUVELITY .....	112	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE.....	BRAFTOVI.....	4
<i>aviane</i> .....	99	129	BREO ELLIPTA.....	54
AVONEX .....	50	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE.....	<i>breyana</i> .....	54
AYVAKIT .....	3	129	BREZTRI AEROSPHERE .....	56
<i>azathioprine</i> .....	70	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE.....	<i>briellyn</i> .....	99
<i>azelastine</i> .....	85	129	BRILINTA .....	173
<i>azithromycin</i> .....	95	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE .....	<i>brimonidine</i> .....	80
<i>aztreonam</i> .....	94	129	<i>brimonidine-timolol</i> .....	80
<b>B</b>		BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT).....	<i>brinzolamide</i> .....	80
<i>bacitracin</i> .....	81	129	BRIVIACT .....	107
<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	82	BELSOMRA .....	<i>bromfenac</i> .....	83
<i>baclofen</i> .....	175	48	<i>bromocriptine</i> .....	27
<i>balsalazide</i> .....	46	<i>benazepril</i> .....	BRONCHITOL.....	53
BALVERSA .....	3	44	BRUKINSA .....	4
<i>balziva (28)</i> .....	99	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> .....	<i>budesonide</i> .....	46, 47, 54, 55
BCG VACCINE, LIVE (PF) .....	75	44	<i>budesonide-formoterol</i> .....	55
BD ALCOHOL SWABS....	129	BENLYSTA.....	<i>bumetanide</i> .....	43
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE .....	127	70	<i>buprenorphine</i> .....	89
BD ECLIPSE LUER-LOK .....	127	<i>benztropine</i> .....	<i>buprenorphine hcl</i> .....	15
		27	<i>buprenorphine-naloxone</i> ....	15
		BD BESREMI .....	<i>bupropion hcl</i> .....	112, 113
		70		
		<i>betaine</i> .....		
		85		
		<i>betamethasone dipropionate</i> .....		
		57		
		<i>betamethasone valerate</i> ....		
		58		

<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> .....	15	<i>cefazolin</i> .....	94	<i>clobetasol</i> .....	58
<i>bupirone</i> .....	85	<i>cefdinir</i> .....	94	<i>clobetasol-emollient</i> .....	58
<i>butalbital-acetaminophen</i> ..	89	<i>cefepime</i> .....	94	<i>clomipramine</i> .....	113
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i> .....	89	<i>cefixime</i> .....	94	<i>clonazepam</i> .....	16
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> ..	89	<i>cefoxitin</i> .....	94	<i>clonidine</i> .....	35
<i>butorphanol</i> .....	89	<i>cefpodoxime</i> .....	94	<i>clonidine hcl</i> .....	35, 50
<b>C</b>		<i>cefprozil</i> .....	95	<i>clopidogrel</i> .....	173
<i>cabergoline</i> .....	27	<i>ceftazidime</i> .....	95	<i>clorazepate dipotassium</i> ....	16
CABOMETYX.....	4	<i>ceftriaxone</i> .....	95	<i>clotrimazole</i> .....	116
<i>calcipotriene</i> .....	60	<i>cefuroxime axetil</i> .....	95	<i>clotrimazole-betamethasone</i> .....	116
<i>calcitonin (salmon)</i> .....	47	<i>cefuroxime sodium</i> .....	95	<i>clozapine</i> .....	29
<i>calcitriol</i> .....	47	<i>celecoxib</i> .....	87	COARTEM.....	26
CALQUENCE .....	4	<i>cephalexin</i> .....	95	<i>colchicine</i> .....	24
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)..	4	CEQUA .....	84	<i>colesevelam</i> .....	41
<i>camila</i> .....	99	<i>cevimeline</i> .....	57	<i>colestipol</i> .....	41
<i>candesartan</i> .....	39	<i>chlordiazepoxide hcl</i> .....	16	<i>colistin (colistimethate na)</i> ..	93
<i>candesartan-</i> <i>hydrochlorothiazid</i> .....	39	<i>chlorhexidine gluconate</i> ....	57	COMBIVENT RESPIMAT ..	56
CAPLYTA .....	29	<i>chloroquine phosphate</i> .....	26	COMETRIQ .....	4
CAPRELSA .....	4	<i>chlorpromazine</i> .....	29	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	131, 132, 133
<i>captopril</i> .....	44	<i>chlorthalidone</i> .....	43	COMFORT EZ PEN NEEDLES .....	131, 132
<i>carbamazepine</i> .....	107	<i>cholestyramine (with sugar)</i> .....	41	COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL .....	132
<i>carbidopa-levodopa</i> .....	28	<i>cholestyramine light</i> .....	41	COMFORT TOUCH PEN NEEDLE.....	133, 134
CAREFINE PEN NEEDLE .....	129, 130	<i>ciclopirox</i> .....	116	COMPLERA .....	119
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD .....	130	<i>cilostazol</i> .....	173	<i>compro</i> .....	25
CARETOUCH INSULIN SYRINGE .....	130	CIMDUO .....	119	<i>constulose</i> .....	62
CARETOUCH PEN NEEDLE .....	130	<i>cinacalcet</i> .....	47	COPIKTRA .....	4
<i>carglumic acid</i> .....	62	CINRYZE .....	173	CORLANOR .....	38
<i>carteolol</i> .....	80	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	82, 97	COSENTYX.....	70
<i>cartia xt</i> .....	37	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> .....	97	COSENTYX (2 SYRINGES) .....	70
<i>carvedilol</i> .....	36	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .....	82	COSENTYX PEN (2 PENS) .....	70
<i>caspofungin</i> .....	116	<i>citalopram</i> .....	113	COSENTYX UNOREADY PEN .....	70
CAYSTON .....	94	<i>clarithromycin</i> .....	95	COTELLIC .....	4
<i>cefaclor</i> .....	94	CLENPIQ .....	63	CREON .....	174
<i>cefadroxil</i> .....	94	CLICKFINE PEN NEEDLE .....	131	<i>cromolyn</i> .....	53, 62, 85
		<i>clindamycin hcl</i> .....	93		
		<i>clindamycin phosphate</i> ....	60, 92, 93		
		<i>clobazam</i> .....	107		

*cryselle (28)*.....99  
 CURAD GAUZE PAD ..... 134  
 CURITY ALCOHOL SWABS  
 ..... 134  
 CURITY GAUZE ..... 134  
*cyclobenzaprine* ..... 175  
*cyclophosphamide* ..... 4  
*cyclosporine* ..... 70, 84  
*cyclosporine modified* ..... 70  
*cyred eq*.....99  
**D**  
*d5 % and 0.9 % sodium  
 chloride* ..... 170  
*d5 %-0.45 % sodium chloride*  
 ..... 170  
*dabigatran etexilate* ..... 172  
*dalfampridine*.....50  
*danazol*.....65  
*dantrolene* ..... 175  
*dapagliflozin propanediol*... 18  
*dapsone*.....118  
 DAPTACEL (DTAP  
 PEDIATRIC) (PF) ..... 75  
*daptomycin* ..... 93  
*darunavir* ..... 119  
 DAURISMO ..... 4, 5  
*deblitane* ..... 99  
*deferasirox* ..... 91  
 DELSTRIGO ..... 119  
 DEPO-SUBQ PROVERA 104  
 ..... 69  
 DERMACEA ..... 134  
 DERMACEA NON-WOVEN  
 ..... 134  
 DESCOVY ..... 119  
*desipramine*..... 113  
*desmopressin* ..... 68  
*desog-e.estradiol/e.estradiol*  
 ..... 99  
*desogestrel-ethinyl estradiol*  
 ..... 99  
*desvenlafaxine succinate* 113

*dexamethasone*.....67  
*dexamethasone sodium  
 phosphate* .....84  
*dextroamphetamine-  
 amphetamine*.....50  
*dextrose 10 % in water  
 (d10w)* .....34  
*dextrose 5 % in water (d5w)*  
 .....34  
 DIACOMIT ..... 107  
*diazepam* ..... 16, 17, 108  
*diazepam intensol* ..... 16  
*diazoxide* .....85  
*diclofenac potassium* .....87  
*diclofenac sodium* ..... 84, 88  
*dicloxacillin* .....97  
*dicyclomine*.....62  
 DIFICID .....96  
*difluprednate*.....84  
*digoxin* .....38  
*dihydroergotamine* .....24  
*diltiazem hcl*..... 37, 38  
*dilt-xr* .....38  
*dimethyl fumarate*.....50  
*diphenoxylate-atropine*.....62  
*dipyridamole* .....173  
*disopyramide phosphate*...35  
*disulfiram* ..... 15  
*divalproex* .....108  
*dofetilide* .....35  
*donepezil* ..... 17  
*dorzolamide*.....81  
*dorzolamide-timolol* .....81  
 DOVATO ..... 119  
*doxazosin* .....35  
*doxepin* .....113  
*doxy-100*.....98  
*doxycycline hyclate* .....98  
*doxycycline monohydrate* ..98  
 DRIZALMA SPRINKLE ....113  
*dronabinol*.....25

DROPLET INSULIN  
 SYR(HALF UNIT) 134, 135  
 DROPLET INSULIN  
 SYRINGE..... 134, 135  
 DROPLET MICRON PEN  
 NEEDLE..... 135  
 DROPLET PEN NEEDLE  
 ..... 135, 136  
 DROPSAFE ALCOHOL  
 PREP PADS ..... 136  
 DROPSAFE INSULIN  
 SYRINGE..... 136, 137  
 DROPSAFE PEN NEEDLE  
 ..... 137  
*drospirenone-e.estradiol-  
 lm.fa* .....99  
*drospirenone-ethinyl estradiol*  
 ..... 100  
*droxidopa* .....35  
 DUAVEE .....66  
*duloxetine* ..... 113  
 DUPIXENT PEN .....71  
 DUPIXENT SYRINGE.....71  
*dutasteride* .....64  
**E**  
 EASY COMFORT ALCOHOL  
 PAD ..... 138  
 EASY COMFORT INSULIN  
 SYRINGE..... 137, 138  
 EASY COMFORT PEN  
 NEEDLES ..... 138  
 EASY COMFORT SAFETY  
 PEN NEEDLE ..... 137  
 EASY GLIDE INSULIN  
 SYRINGE..... 138  
 EASY GLIDE PEN NEEDLE  
 ..... 139  
 EASY TOUCH ..... 140, 141  
 EASY TOUCH ALCOHOL  
 PREP PADS ..... 139  
 EASY TOUCH FLIPLOCK  
 INSULIN ..... 140

EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE .....	139	<i>enalapril maleate</i> .....	44, 45	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> .....	100
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR .....	139	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> .....	45	<i>etodolac</i> .....	88
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE ....	139, 140, 141	ENBREL .....	71	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> .....	100
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN.....	140	ENBREL MINI .....	71	<i>etravirine</i> .....	120
EASY TOUCH PEN NEEDLE .....	140	ENBREL SURECLICK .....	71	EUCRISA.....	58
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE .....	141	ENDARI .....	85	<i>everolimus (antineoplastic)</i> ..	5
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN .....	139, 140	<i>endocet</i> .....	89	<i>everolimus (immunosuppressive)</i> .....	71
EASY TOUCH UNI-SLIP ..	141	ENGERIX-B (PF) .....	76	EVOTAZ .....	120
<i>econazole</i> .....	116	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) .....	76	EXEL INSULIN .....	142
EDARBI.....	39	<i>enilloring</i> .....	100	<i>exemestane</i> .....	5
EDARBYCLOR .....	39	<i>enoxaparin</i> .....	172	EYSUVIS .....	84
EDURANT .....	119	<i>enpresse</i> .....	100	<i>ezetimibe</i> .....	41
<i>efavirenz</i> .....	119	<i>enskyce</i> .....	100	<i>ezetimibe-simvastatin</i> ..	41, 42
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> .....	120	<i>entacapone</i> .....	28	<b>F</b>	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> .....	120	<i>entecavir</i> .....	124	<i>falmina (28)</i> .....	100
ELIGARD.....	5	ENTRESTO .....	39	<i>famciclovir</i> .....	124
ELIGARD (3 MONTH) .....	5	ENTRESTO SPRINKLE ....	39	<i>famotidine</i> .....	61
ELIGARD (4 MONTH) .....	5	<i>enulose</i> .....	62	FANAPT.....	29, 30
ELIGARD (6 MONTH) .....	5	EPCLUSA.....	123	FASENRA.....	53
ELIQUIS .....	172	EPIDIOLEX .....	108	FASENRA PEN .....	53
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START .....	172	<i>epinephrine</i> .....	38	<i>febuxostat</i> .....	24
<i>eluryng</i> .....	100	<i>epitol</i> .....	108	<i>felbamate</i> .....	108
EMBRACE PEN NEEDLE .....	141, 142	<i>eplerenone</i> .....	45	<i>felodipine</i> .....	41
EMGALITY PEN .....	24	EPRONTIA .....	108	<i>fenofibrate</i> .....	42
EMGALITY SYRINGE .....	24	<i>ergoloid</i> .....	17	<i>fenofibrate micronized</i> .....	42
EMSAM .....	113	ERIVEDGE .....	5	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> .....	42
<i>emtricitabine</i> .....	120	ERLEADA.....	5	<i>fenofibric acid (choline)</i> .....	42
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> .....	120	<i>erlotinib</i> .....	5	<i>fentanyl</i> .....	90
EMTRIVA .....	120	<i>errin</i> .....	100	<i>fentanyl citrate</i> .....	89
		<i>ertapenem</i> .....	94	FERRIPROX (2 TIMES A DAY).....	91
		<i>erythromycin</i> .....	82, 96	<i>fesoterodine</i> .....	64
		<i>erythromycin with ethanol</i> ..	60	FETZIMA .....	114
		<i>escitalopram oxalate</i> .....	113, 114	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN .....	20
		<i>esomeprazole magnesium</i> .....	61	FIASP PENFILL U-100 INSULIN .....	20
		<i>estarylla</i> .....	100	FIASP U-100 INSULIN.....	20
		<i>estradiol</i> .....	66		
		<i>eszopiclone</i> .....	48		
		<i>ethambutol</i> .....	118		
		<i>ethosuximide</i> .....	108		



FILSPARI .....	86
<i>finasteride</i> .....	64
<i>fungolimod</i> .....	51
<i>finzala</i> .....	100
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE .....	5, 6
<i>flecainide</i> .....	35
<i>fluconazole</i> .....	117
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> .....	116
<i>flucytosine</i> .....	117
<i>fludrocortisone</i> .....	67
<i>flunisolide</i> .....	84
<i>fluocinolone</i> .....	58
<i>fluocinolone acetonide oil</i> ..	84
<i>fluocinonide</i> .....	58
<i>fluorometholone</i> .....	84
<i>fluorouracil</i> .....	60
<i>fluoxetine</i> .....	114
<i>fluphenazine decanoate</i> ...	30
<i>fluphenazine hcl</i> .....	30
<i>flurbiprofen</i> .....	88
<i>flurbiprofen sodium</i> .....	84
<i>fluticasone propionate</i> .55, 58, 84	
<i>fluticasone propion-</i> <i>salmeterol</i> .....	55
<i>fluvastatin</i> .....	42
<i>fluvoxamine</i> .....	114
<i>fondaparinux</i> .....	172
<i>fosamprenavir</i> .....	120
<i>fosinopril</i> .....	45
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> .....	45
FOTIVDA.....	6
FREESTYLE PRECISION .....	142
FRUZAQLA .....	6
<i>furosemide</i> .....	43
FUZEON.....	120
FYCOMPA .....	108

<b>G</b>	
<i>gabapentin</i> .....	108
<i>galantamine</i> .....	17
GAMMAGARD LIQUID .....	71
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) .....	71
GAMMAPLEX.....	71
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) .....	71
GAMUNEX-C .....	71
GARDASIL 9 (PF).....	76
GAUZE PAD.....	143
<i>gavilyte-c</i> .....	63
<i>gavilyte-g</i> .....	64
<i>gavilyte-n</i> .....	64
GAVRETO .....	6
<i>gefitinib</i> .....	6
<i>gemfibrozil</i> .....	42
<i>gemmily</i> .....	100
<i>generlac</i> .....	62
<i>gengraf</i> .....	72
<i>gentamicin</i> .....	60, 61, 82, 92
GENVOYA.....	120
GILOTRIF .....	6
<i>glatiramer</i> .....	51
<i>glatopa</i> .....	51
GLEOSTINE.....	6
<i>glimepiride</i> .....	23
<i>glipizide</i> .....	23
<i>glipizide-metformin</i> .....	23
<i>glutamine (sickle cell)</i> .....	86
<i>glyburide</i> .....	23
<i>glyburide micronized</i> .....	23
<i>glyburide-metformin</i> .....	23
<i>glycopyrrolate</i> .....	62
GLYXAMBI .....	18
<i>griseofulvin microsize</i> .....	117
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	117
<i>guanfacine</i> .....	35, 51
GVOKE .....	86

GVOKE HYPOPEN 2-PACK .....	86
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	86
<b>H</b>	
HADLIMA.....	72
HADLIMA PUSH TOUCH ...	72
HADLIMA(CF) .....	72
HADLIMA(CF) PUSH TOUCH .....	72
<i>hailey 24 fe</i> .....	100
<i>halobetasol propionate</i> .....	59
<i>haloperidol</i> .....	30
<i>haloperidol decanoate</i> .....	30
<i>haloperidol lactate</i> .....	30
HARVONI .....	123
HAVRIX (PF).....	76
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE.....	143
HEALTHWISE PEN NEEDLE .....	143, 144
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP .....	144
<i>heather</i> .....	100
<i>heparin (porcine)</i> .....	172
HEPLISAV-B (PF) .....	76
HIBERIX (PF) .....	76
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 .....	20
HUMALOG KWIKPEN INSULIN .....	21
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN .....	21
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN .....	21
HUMALOG MIX 75-25(U- 100)INSULN .....	21
HUMALOG U-100 INSULIN .....	21
HUMIRA.....	72
HUMIRA PEN .....	72
HUMIRA(CF) .....	72

HUMIRA(CF) PEN .....	72	IDHIFA .....	6	INVEGA TRINZA.....	31
HUMIRA(CF) PEN		ILEVRO .....	84	INVELTYS .....	84
CROHNS-UC-HS .....	72	<i>imatinib</i> .....	6	IPOL.....	76
HUMIRA(CF) PEN		IMBRUVICA .....	6, 7	<i>ipratropium bromide</i> ....	56, 85
PEDIATRIC UC .....	72	<i>imipenem-cilastatin</i> .....	94	<i>ipratropium-albuterol</i> .....	56
HUMIRA(CF) PEN PSOR-		<i>imipramine hcl</i> .....	114	<i>irbesartan</i> .....	39
UV-ADOL HS .....	72	<i>imipramine pamoate</i> .....	114	<i>irbesartan-</i>	
HUMULIN 70/30 U-100		<i>imiquimod</i> .....	60	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	39
INSULIN.....	21	IMOVAX RABIES VACCINE		ISENTRESS .....	120, 121
HUMULIN 70/30 U-100		(PF) .....	76	ISENTRESS HD .....	120
KWIKPEN .....	21	IMPAVIDO .....	27	<i>isibloom</i> .....	101
HUMULIN N NPH INSULIN		<i>incassia</i> .....	100	<i>isoniazid</i> .....	118
KWIKPEN .....	21	INCONTROL ALCOHOL		<i>isosorbide dinitrate</i> .....	46
HUMULIN N NPH U-100		PADS .....	144	<i>isosorbide mononitrate</i> .....	46
INSULIN.....	21	INCONTROL PEN NEEDLE		<i>isosorbide-hydralazine</i> .....	46
HUMULIN R REGULAR U-		.....	144	<i>itraconazole</i> .....	117
100 INSULN .....	22	INCRELEX .....	68	IV PREP WIPES.....	146
HUMULIN R U-500 (CONC)		<i>indapamide</i> .....	44	<i>ivabradine</i> .....	38
INSULIN.....	22	<i>indomethacin</i> .....	88	<i>ivermectin</i> .....	27
HUMULIN R U-500 (CONC)		INFANRIX (DTAP) (PF) .....	76	IWILFIN.....	7
KWIKPEN .....	22	INLYTA .....	7	IXCHIQ (PF) .....	76
<i>hydralazine</i> .....	38	INQOVI .....	7	IXIARO (PF) .....	76
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	44	INREBIC .....	7	<b>J</b>	
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>		<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>		JAKAFI.....	7
.....	90	.....	22	<i>jantoven</i> .....	173
<i>hydrocortisone</i> .....	47, 59, 67	<i>insulin aspart u-100</i> .....	22	JANUMET.....	18
<i>hydrocortisone valerate</i> ....	59	<i>insulin glargine-yfgn</i> .....	22	JANUMET XR .....	18
<i>hydromorphone</i> .....	90	INSULIN SYR/NDL U100		JANUVIA .....	18
<i>hydromorphone (pf)</i> .....	90	HALF MARK .....	144	JARDIANCE .....	18
<i>hydroxychloroquine</i> .....	26, 27	INSULIN SYRINGE.....	128	<i>jasmiel (28)</i> .....	101
<i>hydroxyurea</i> .....	6	INSULIN SYRINGE		<i>javygtor</i> .....	174
<i>hydroxyzine hcl</i> .....	118	MICROFINE.....	128	JAYPIRCA .....	7
<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	86	INSULIN SYRINGE		JENTADUETO .....	18
<b>I</b>		NEEDLELESS .....	128	JENTADUETO XR .....	18
<i>ibandronate</i> .....	47	INSULIN SYRINGE-NEEDLE		<i>joyeaux</i> .....	101
IBRANCE .....	6	U-100 .. 128, 142, 144, 145,		<i>juleber</i> .....	101
<i>ibu</i> .....	88	153, 158, 162, 163		JULUCA.....	121
<i>ibuprofen</i> .....	88	INSUPEN PEN NEEDLE 145,		<i>junel 1.5/30 (21)</i> .....	101
<i>icatibant</i> .....	38	146		<i>junel 1/20 (21)</i> .....	101
<i>iclevia</i> .....	100	INTELENCE .....	120	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i> .....	101
ICLUSIG .....	6	INVEGA HAFYERA .....	30	<i>junel fe 1/20 (28)</i> .....	101
<i>icosapent ethyl</i> .....	42	INVEGA SUSTENNA .. 30, 31		<i>junel fe 24</i> .....	101

JYNNEOS (PF) .....	77	LENVIMA .....	8	LOESTRIN FE 1.5/30 (28- DAY).....	102
<b>K</b>		<i>lessina</i> .....	102	LOESTRIN FE 1/20 (28- DAY).....	102
<i>kaitlib fe</i> .....	101	<i>letrozole</i> .....	8	LOKELMA.....	63
KALYDECO.....	53	<i>leucovorin calcium</i> .....	86	LONSURF .....	8
<i>kariva (28)</i> .....	101	<i>leuprolide</i> .....	8	<i>loperamide</i> .....	63
<i>kelnor 1/35 (28)</i> .....	101	<i>leuprolide (3 month)</i> .....	8	<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	121
<i>kelnor 1/50 (28)</i> .....	101	<i>levetiracetam</i> .....	109	<i>lorazepam</i> .....	17
KERENDIA .....	45	<i>levobunolol</i> .....	81	<i>lorazepam intensol</i> .....	17
KESIMPTA PEN .....	51	<i>levocarnitine</i> .....	86	LORBRENA.....	8
<i>ketoconazole</i> .....	117	<i>levocarnitine (with sugar)</i> ..	86	<i>loryna (28)</i> .....	102
<i>ketorolac</i> .....	84, 88	<i>levocetirizine</i> .....	118	<i>losartan</i> .....	39
KINRIX (PF) .....	77	<i>levofloxacin</i> .....	97	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> .....	39
KISQALI .....	7	<i>levofloxacin in d5w</i> .....	97	LOTEMAX .....	84
KISQALI FEMARA CO- PACK.....	7	<i>levonest (28)</i> .....	102	LOTEMAX SM.....	84
KLISYRI.....	60	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> .....	102	<i>loteprednol etabonate</i> .	84, 85
<i>klor-con m10</i> .....	170	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> .....	102	<i>lovastatin</i> .....	42
<i>klor-con m15</i> .....	170	<i>levora-28</i> .....	102	<i>low-ogestrel (28)</i> .....	103
<i>klor-con m20</i> .....	170	<i>levothyroxine</i> .....	65	<i>loxapine succinate</i> .....	31
KLOXXADO .....	15	LIBERVANT .....	109	<i>lubiprostone</i> .....	63
KOSELUGO .....	7, 8	<i>lidocaine</i> .....	91	LUMAKRAS.....	8
KRAZATI .....	8	<i>lidocaine viscous</i> .....	91	LUMIGAN .....	81
<i>kurvelo (28)</i> .....	101	<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	91	LUPRON DEPOT .....	9, 68
<b>L</b>		<i>linezolid</i> .....	93	LUPRON DEPOT (3 MONTH).....	8, 68
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i> .....	101	<i>linezolid in dextrose 5%</i> .....	93	LUPRON DEPOT (4 MONTH).....	9
<i>labetalol</i> .....	36	LINZESS.....	63	LUPRON DEPOT (6 MONTH).....	9
<i>lacosamide</i> .....	109	<i>liothyronine</i> .....	65	<i>lurasidone</i> .....	31
<i>lactulose</i> .....	62	LISCO .....	146	<i>lutera (28)</i> .....	103
<i>lamivudine</i> .....	121	<i>lisinopril</i> .....	45	LYBALVI .....	31
<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	121	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> .....	45	<i>lyleq</i> .....	103
<i>lamotrigine</i> .....	109	LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES.....	146	LYNPARZA.....	9
<i>lansoprazole</i> .....	61	LITE TOUCH INSULIN SYRINGE.....	146, 147	LYSODREN.....	9
<i>lapatinib</i> .....	8	<i>lithium carbonate</i> .....	51	LYTGOBI .....	9
<i>larin 1.5/30 (21)</i> .....	101	<i>lithium citrate</i> .....	51	<i>lyza</i> .....	103
<i>larin 1/20 (21)</i> .....	102	LIVTENCITY.....	123	<b>M</b>	
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i> .....	102	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	102	MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG. 147, 148	
<i>larin fe 1/20 (28)</i> .....	102	LOESTRIN 1/20 (21).....	102		
<i>latanoprost</i> .....	81				
<i>layolis fe</i> .....	102				
<i>leflunomide</i> .....	72				
<i>lenalidomide</i> .....	8				

MAGELLAN SYRINGE ....	147	<i>meloxicam</i> .....	88	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i> ..	103
<i>magnesium sulfate</i> ...	170, 171	<i>memantine</i> .....	17	<i>midodrine</i> .....	35
<i>malathion</i> .....	61	MENACTRA (PF) .....	77	<i>mifepristone</i> .....	19
<i>maraviroc</i> .....	121	MENQUADFI (PF).....	77	<i>mili</i> .....	103
<i>marlissa (28)</i> .....	103	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP		MINI ULTRA-THIN II .....	149
MARPLAN .....	114	(PF) .....	77	<i>minocycline</i> .....	98
MATULANE.....	9	<i>mercaptapurine</i> .....	9	<i>minoxidil</i> .....	46
MAVENCLAD (10 TABLET		<i>meropenem</i> .....	94	MIRENA.....	103
PACK).....	51	<i>merzee</i> .....	103	<i>mirtazapine</i> .....	114
MAVENCLAD (4 TABLET		<i>mesalamine</i> .....	47	<i>misoprostol</i> .....	62
PACK).....	51	MESNEX .....	86	M-M-R II (PF) .....	77
MAVENCLAD (5 TABLET		<i>metformin</i> .....	18, 19	<i>modafinil</i> .....	48
PACK).....	51	<i>methadone</i> .....	90	<i>moexipril</i> .....	45
MAVENCLAD (6 TABLET		<i>methazolamide</i> .....	81	<i>molindone</i> .....	31
PACK).....	51	<i>methenamine hippurate</i> .....	93	<i>mometasone</i> .....	59, 85
MAVENCLAD (7 TABLET		<i>methimazole</i> .....	65	MONOJECT INSULIN	
PACK).....	51	<i>methocarbamol</i> .....	175	SAFETY SYRINGE	149, 150
MAVENCLAD (8 TABLET		<i>methotrexate sodium</i> .....	9	MONOJECT INSULIN	
PACK).....	52	<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....	9	SYRINGE.....	149, 150
MAVENCLAD (9 TABLET		<i>methsuximide</i> .....	109	MONOJECT SYRINGE...	149
PACK).....	52	<i>methylphenidate hcl</i> .....	52	MONOJECT ULTRA	
MAXICOMFORT II PEN		<i>methylprednisolone</i> .....	67	COMFORT INSULIN ...	165
NEEDLE .....	148	<i>metoclopramide hcl</i> .....	63	<i>montelukast</i> .....	55
MAXICOMFORT INSULIN		<i>metolazone</i> .....	44	<i>morphine</i> .....	90
SYRINGE .....	148	<i>metoprolol succinate</i> .....	36	MORPHINE .....	90
MAXI-COMFORT INSULIN		<i>metoprolol ta-</i>		<i>morphine concentrate</i> .....	90
SYRINGE .....	148	<i>hydrochlorothiaz</i> .....	36	MOUNJARO .....	19
MAXI-COMFORT INSULIN		<i>metoprolol tartrate</i> .....	36, 37	MOVANTIK.....	63
SYRINGE .....	148	<i>metronidazole</i> .....	61, 92, 93	<i>moxifloxacin</i> .....	82, 97
MAXICOMFORT SAFETY		<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>		<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-</i>	
PEN NEEDLE.....	148	.....	93	<i>water</i> .....	97
MAYZENT .....	52	<i>metyrosine</i> .....	38	<i>moxifloxacin-</i>	
MAYZENT STARTER(FOR		<i>mexiletine</i> .....	35	<i>sod.chloride(iso)</i> .....	97
1MG MAINT) .....	52	<i>mibelas 24 fe</i> .....	103	MRESVIA (PF) .....	77
MAYZENT STARTER(FOR		MICRODOT INSULIN PEN		MULTAQ.....	35
2MG MAINT) .....	52	NEEDLE.....	148	<i>mupirocin</i> .....	61
<i>meclizine</i> .....	25, 26	MICRODOT READYGARD		<i>mycophenolate mofetil</i> .....	73
<i>medroxyprogesterone</i> .....	69	PEN NEEDLE.....	148	<i>mycophenolate sodium</i> .....	73
<i>mefloquine</i> .....	27	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i> ....	103	MYRBETRIQ .....	64
<i>megestrol</i> .....	9, 69	<i>microgestin 1/20 (21)</i> .....	103	<b>N</b>	
MEKINIST .....	9	<i>microgestin 24 fe</i> .....	103	<i>nabumetone</i> .....	88
MEKTOVI .....	9	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i> 103		<i>nadolol</i> .....	37

<i>nafcillin</i> .....	97	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i> .....	104	<i>ofloxacin</i> .....	83
<i>naloxone</i> .....	15, 16	<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i> .....	104	OGSIVEO .....	10
<i>naltrexone</i> .....	16	.....	104	OJEMDA.....	10
NAMZARIC .....	17	<i>norethindrone (contraceptive)</i> .....	104	OJJAARA .....	10
<i>naproxen</i> .....	89	.....	104	<i>olanzapine</i> .....	32
<i>naratriptan</i> .....	24	<i>norethindrone acetate</i> .....	69	<i>olmesartan</i> .....	39
<i>nateglinide</i> .....	19	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> .....	104	<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid</i> .....	40
NAYZILAM .....	109	.....	104	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> .....	40
<i>nebivolol</i> .....	37	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> .....	104	<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ..	42
<i>necon 0.5/35 (28)</i> .....	103	.....	104	<i>omeprazole</i> .....	62
<i>nefazodone</i> .....	114	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> .....	104	<i>ondansetron</i> .....	26
<i>neomycin</i> .....	92	.....	104	<i>ondansetron hcl</i> .....	26
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> .....	82	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	104	ONUREG .....	10
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i> .....	82	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	105	OPSUMIT .....	87
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i> .....	82	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	105	ORENCIA .....	73
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> .....	82	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i> .....	105	ORENCIA CLICKJECT .....	73
<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....	82	<i>nortriptyline</i> .....	114	ORGOVYX .....	68
<i>neo-polycin</i> .....	83	NORVIR.....	121	ORLISSA .....	69
<i>neo-polycin hc</i> .....	82	NOVOFINE 30.....	150	ORKAMBI .....	53
NERLYNX .....	10	NOVOFINE 32.....	150	ORSERDU.....	10
<i>nevirapine</i> .....	121	NOVOFINE PLUS .....	150	<i>oseltamivir</i> .....	123
NEXPLANON .....	103	NOVOTWIST.....	150	OTEZLA.....	73
<i>niacin</i> .....	42	NUBEQA .....	10	OTEZLA STARTER .....	73
<i>niacor</i> .....	42	NUCALA .....	53	<i>oxcarbazepine</i> .....	109, 110
NICOTROL NS .....	16	NUPLAZID.....	31	<i>oxybutynin chloride</i> ....	64, 65
<i>nifedipine</i> .....	41	NURTEC ODT .....	24	<i>oxycodone</i> .....	90, 91
<i>nikki (28)</i> .....	104	<i>nyamyc</i> .....	117	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	91
<i>nilutamide</i> .....	10	<i>nylia 1/35 (28)</i> .....	105	<i>oxymorphone</i> .....	91
NINLARO .....	10	<i>nylia 7/7/7 (28)</i> .....	105	OZEMPIC .....	19
<i>nitazoxanide</i> .....	27	<i>nymyo</i> .....	105	<b>P</b>	
<i>nitisinone</i> .....	174	<i>nystatin</i> .....	117	<i>pacerone</i> .....	35
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	93	<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	117	<i>paliperidone</i> .....	32
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> .....	93	<i>nystop</i> .....	118	PANRETIN .....	60
<i>nitroglycerin</i> .....	46, 86	NYVEPRIA .....	174	<i>pantoprazole</i> .....	62
NIVESTYM.....	173, 174	<b>O</b>		<i>paricalcitol</i> .....	48
<i>nora-be</i> .....	104	<i>ocella</i> .....	105	<i>paroxetine hcl</i> .....	115
NORDITROPIN FLEXPRO	68	OCTAGAM .....	73	PAXLOVID.....	124
		<i>octreotide acetate</i> .....	68	<i>pazopanib</i> .....	10
		ODEFSEY .....	121	PEDIARIX (PF).....	77
		ODOMZO .....	10	PEDVAX HIB (PF).....	77
		OFEV .....	53		

PEGASYS .....	124	<i>pitavastatin calcium</i> .....	42	PRO COMFORT PEN	
<i>peg-electrolyte soln</i> .....	64	PLEGRIDY .....	52	NEEDLE.....	152
PEMAZYRE .....	10	<i>podofilox</i> .....	60	<i>probenecid</i> .....	24
PEN NEEDLE 142, 150, 151,		<i>polycin</i> .....	83	<i>probenecid-colchicine</i> .....	24
153		<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>		<i>prochlorperazine</i> .....	26
PEN NEEDLE, DIABETIC		.....	83	<i>prochlorperazine maleate</i> ..	26
... 133, 148, 149, 150, 151,		POMALYST .....	11	<i>proctosol hc</i> .....	59
153		<i>portia 28</i> .....	105	<i>proctozone-hc</i> .....	59
PEN NEEDLE, DIABETIC,		<i>posaconazole</i> .....	118	PRODIGY INSULIN	
SAFETY.....	154	<i>potassium chloride</i> .....	171	SYRINGE.....	152
PENBRAYA (PF) .....	77	<i>potassium citrate</i> .....	171	<i>progesterone micronized</i> ..	69
<i>penicillamine</i> .....	91	<i>pramipexole</i> .....	28	PROGRAF .....	73
<i>penicillin g potassium</i> .....	97	<i>prasugrel</i> .....	173	PROLIA.....	48
<i>penicillin v potassium</i> .....	97	<i>pravastatin</i> .....	43	PROMACTA .....	174
PENTACEL (PF) .....	77	<i>praziquantel</i> .....	27	<i>promethazine</i> .....	26
<i>pentamidine</i> .....	27	<i>prazosin</i> .....	35	<i>promethegan</i> .....	26
PENTIPS .....	151	<i>prednisolone</i> .....	67	<i>propafenone</i> .....	36
<i>pentoxifylline</i> .....	173	<i>prednisolone acetate</i> .....	85	<i>propranolol</i> .....	37
<i>perindopril erbumine</i> .....	45	<i>prednisolone sodium</i>		<i>propylthiouracil</i> .....	65
<i>periogard</i> .....	57	<i>phosphate</i> .....	67	PROQUAD (PF) .....	78
<i>permethrin</i> .....	61	<i>prednisone</i> .....	67	<i>protriptyline</i> .....	115
<i>perphenazine</i> .....	32	<i>pregabalin</i> .....	110	PULMOZYME.....	174
PERSERIS .....	32	PREHEVBRIO (PF) .....	77	PURE COMFORT	
<i>phenelzine</i> .....	115	PREMARIN .....	66	ALCOHOL PADS.....	152
<i>phenobarbital</i> .....	110	PREMPHASE.....	66	PURE COMFORT PEN	
<i>phenoxybenzamine</i> .....	35	PREMPRO .....	67	NEEDLE.....	152, 153
<i>phenytoin</i> .....	110	<i>prevalite</i> .....	43	PURE COMFORT SAFETY	
<i>phenytoin sodium extended</i>		PREVENT DROPSAFE PEN		PEN NEEDLE .....	152
.....	110	NEEDLE.....	151	PURIXAN.....	11
PIFELTRO.....	121	PREVYMIS .....	124	<i>pyrazinamide</i> .....	118
<i>pilocarpine hcl</i> .....	57, 81	PREZCOBIX.....	121	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	86
<i>pimecrolimus</i> .....	59	PREZISTA.....	121, 122	<i>pyrimethamine</i> .....	27
<i>pimozide</i> .....	32	PRIFTIN.....	118	<b>Q</b>	
<i>pimtrea (28)</i> .....	105	PRIMAQUINE.....	27	QINLOCK .....	11
<i>pindolol</i> .....	37	<i>primidone</i> .....	110	QUADRACEL (PF).....	78
<i>pioglitazone</i> .....	19	PRIORIX (PF).....	78	<i>quetiapine</i> .....	32
<i>pioglitazone-glimepiride</i> .....	19	PRIVIGEN .....	73	<i>quinapril</i> .....	45
<i>pioglitazone-metformin</i> .....	19	PRO COMFORT ALCOHOL		<i>quinidine gluconate</i> .....	36
PIP PEN NEEDLE .....	151	PADS .....	152	<i>quinidine sulfate</i> .....	36
<i>piperacillin-tazobactam</i> .....	97	PRO COMFORT INSULIN		<i>quinine sulfate</i> .....	27
PIQRAY .....	10, 11	SYRINGE.....	151, 152	QULIPTA .....	24
<i>pirfenidone</i> .....	53, 54				

<b>R</b>		
RABAVERT (PF).....	78	
<i>rabeprazole</i> .....	62	
<i>raloxifene</i> .....	67	
<i>ramipril</i> .....	45	
<i>ranolazine</i> .....	39	
<i>rasagiline</i> .....	28	
RAYALDEE .....	48	
<i>reclipsen (28)</i> .....	105	
RECOMBIVAX HB (PF)....	78	
RELENZA DISKHALER...	124	
RELION NEEDLES.....	153	
RELION PEN NEEDLES .	153	
<i>repaglinide</i> .....	19	
REPATHA PUSHTRONEX	43	
REPATHA SURECLICK ...	43	
REPATHA SYRINGE.....	43	
RETACRIT .....	174	
RETEVMO .....	11	
REXULTI .....	32, 33	
REYATAZ.....	122	
REZLIDHIA .....	11	
REZUROCK .....	73	
RHOPRESSA.....	81	
<i>ribavirin</i> .....	124	
<i>rifabutin</i> .....	118	
<i>rifampin</i> .....	118, 119	
<i>riluzole</i> .....	52	
RINVOQ .....	73	
<i>risedronate</i> .....	48	
<i>risperidone</i> .....	33	
<i>risperidone microspheres</i> ..	33	
<i>ritonavir</i> .....	122	
<i>rivastigmine</i> .....	18	
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	17	
<i>rizatriptan</i> .....	24, 25	
ROCKLATAN .....	81	
<i>roflumilast</i> .....	54	
<i>ropinirole</i> .....	28	
<i>rosuvastatin</i> .....	43	
ROTARIX .....	78	
ROTATEQ VACCINE .....	78	
ROZLYTREK.....	11	
RUBRACA.....	11	
<i>rufinamide</i> .....	110	
RUKOBIA .....	122	
RYBELSUS .....	19	
RYDAPT .....	11	
<b>S</b>		
SAFESNAP INSULIN		
SYRINGE.....	153, 154	
SAFETY PEN NEEDLE ...	154	
SANTYL.....	60	
<i>sapropterin</i> .....	174	
SAVELLA.....	52	
<i>saxagliptin</i> .....	19	
<i>saxagliptin-metformin</i> .....	20	
SCSEMBLIX .....	11	
<i>scopolamine base</i> .....	26	
SECUADO.....	33	
SECURESAFE INSULIN		
SYRINGE.....	154	
SECURESAFE PEN		
NEEDLE.....	154	
<i>selegiline hcl</i> .....	28	
<i>selenium sulfide</i> .....	61	
SELZENTRY .....	122	
SEMGLEE(INSULIN		
GLARGINE-YFGN) .....	22	
SEMGLEE(INSULIN		
GLARG-YFGN)PEN .....	22	
SEREVENT DISKUS .....	56	
SEROSTIM.....	69	
<i>sertraline</i> .....	115	
<i>setlakin</i> .....	105	
<i>sharobel</i> .....	105	
SHINGRIX (PF).....	79	
SIGNIFOR .....	69	
<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>		
.....	87	
<i>silver sulfadiazine</i> .....	61	
SIMBRINZA.....	81	
SIMLANDI(CF)		
AUTOINJECTOR.....	74	
<i>simvastatin</i> .....	43	
<i>sirolimus</i> .....	74	
SIRTURO .....	119	
SITAGLIPTIN-METFORMIN		
.....	20	
SKY SAFETY PEN NEEDLE		
.....	154	
SKYRIZI.....	74	
<i>sodium chloride 0.45 %</i> ...	171	
<i>sodium chloride 0.9 %</i> ....	171	
<i>sodium oxybate</i> .....	48	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>		
.....	63	
<i>sodium,potassium,mag</i>		
<i>sulfates</i> .....	64	
<i>solifenacin</i> .....	65	
SOLTAMOX.....	11	
SOMAVERT .....	69	
<i>sorafenib</i> .....	12	
<i>sorine</i> .....	37	
<i>sotalol</i> .....	37	
<i>sotalol af</i> .....	37	
SPIRIVA RESPIMAT.....	56	
<i>spironolactone</i> .....	44, 46	
<i>spironolacton-</i>		
<i>hydrochlorothiaz</i> .....	44	
<i>sprintec (28)</i> .....	105	
SPRITAM.....	110, 111	
SPRYCEL.....	12	
<i>sps (with sorbitol)</i> .....	63	
<i>sronyx</i> .....	105	
<i>ssd</i> .....	61	
STELARA .....	74	
STERILE PADS.....	154	
STIOLTO RESPIMAT .....	57	
STIVARGA .....	12	
<i>streptomycin</i> .....	92	
STRIBILD .....	122	
STRIVERDI RESPIMAT ...	57	
<i>subvenite</i> .....	111	
<i>sucrafate</i> .....	62	
<i>sulfacetamide sodium</i> .....	83	

<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	TAGRISSO .....	12	THALOMID .....	86
.....	TALZENNA.....	12	<i>theophylline</i> .....	57
<i>sulfadiazine</i> .....	<i>tamoxifen</i> .....	12	THINPRO INSULIN	
<i>sulfamethoxazole-</i>	<i>tamsulosin</i> .....	64	SYRINGE.....	158
<i>trimethoprim</i> .....	<i>tarina 24 fe</i> .....	105	<i>thioridazine</i> .....	33
<i>sulfasalazine</i> .....	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> .....	105	<i>thiothixene</i> .....	33
<i>sulindac</i> .....	TASIGNA.....	12	<i>tiadylt er</i> .....	38
<i>sumatriptan</i> .....	TAVNEOS .....	74	<i>tiagabine</i> .....	111
<i>sumatriptan succinate</i> .....	<i>tazarotene</i> .....	61	TIBSOVO.....	12
<i>sunitinib malate</i> .....	TAZVERIK.....	12	TICOVAC.....	79
SUNLENCA.....	TDVAX.....	79	<i>tigecycline</i> .....	98
SUNOSI.....	TECHLITE INSULIN		<i>timolol maleate</i> .....	37, 81
SURE COMFORT	SYRINGE.....	157	<i>tinidazole</i> .....	27
ALCOHOL PREP PADS	TECHLITE INSULN		<i>tiotropium bromide</i> .....	57
.....	SYR(HALF UNIT) 156, 157		TIVICAY.....	122
SURE COMFORT INS. SYR.	TECHLITE PEN NEEDLE		TIVICAY PD.....	122
U-100.....	.....	157, 158	<i>tizanidine</i> .....	175
SURE COMFORT INSULIN	TECHLITE PLUS PEN		TOBI PODHALER .....	92
SYRINGE .....	NEEDLE.....	158	<i>tobramycin</i> .....	83
SURE COMFORT PEN	TEFLARO .....	95	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> 92	
NEEDLE .....	<i>telmisartan</i> .....	40	<i>tobramycin sulfate</i> .....	92
SURE COMFORT SAFETY	<i>telmisartan-amlodipine</i> .....	40	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	
PEN NEEDLE.....	<i>telmisartan-</i>		.....	83
SURE-FINE PEN NEEDLES	<i>hydrochlorothiazid</i> .....	40	<i>tolterodine</i> .....	65
.....	<i>temazepam</i> .....	17	TOPCARE CLICKFINE ...	159
SURE-JECT INSULIN	TENIVAC (PF).....	79	TOPCARE ULTRA	
SYRINGE .....	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>		COMFORT.....	159
SURE-PREP ALCOHOL	.....	122	<i>topiramate</i> .....	111
PREP PADS.....	TEPMETKO.....	12	<i>toremifene</i> .....	12
SUTAB .....	<i>terazosin</i> .....	64	<i>torpenz</i> .....	12, 13
<i>syeda</i> .....	<i>terbinafine hcl</i> .....	118	<i>toremide</i> .....	44
SYMPAZAN .....	<i>terconazole</i> .....	92	TOUJEO MAX U-300	
SYMTUZA .....	<i>teriparatide</i> .....	48	SOLOSTAR .....	23
SYNJARDY .....	TERUMO INSULIN		TOUJEO SOLOSTAR U-300	
SYRINGE WITH NEEDLE,	SYRINGE.....	158	INSULIN .....	23
SAFETY.....	<i>testosterone</i> .....	66	TRADJENTA .....	20
<b>T</b>	<i>testosterone cypionate</i> .....	65	<i>tramadol</i> .....	91
TABRECTA .....	<i>testosterone enanthate</i> .....	65	<i>tramadol-acetaminophen</i> ...	91
<i>tacrolimus</i> .....	TETANUS,DIPHThERIA		<i>trandolapril</i> .....	45
<i>tadalafil</i> .....	TOX PED(PF).....	79	<i>trandolapril-verapamil</i> .....	45
TAFINLAR.....	<i>tetrabenazine</i> .....	52	<i>tranexamic acid</i> .....	172
<i>tafluprost (pf)</i> .....	<i>tetracycline</i> .....	98	<i>tranylcypromine</i> .....	115



<i>travoprost</i> .....	81	TRUE COMFORT PRO	ULTILET INSULIN SYRINGE
<i>trazodone</i> .....	115	ALCOHOL PADS.....	145, 164
TRECTOR .....	119	TRUE COMFORT PRO INS	ULTILET PEN NEEDLE..
TRELEGY ELLIPTA.....	57	SYRINGE.....	164
TRELSTAR .....	13	159, 160, 161	ULTRA CMFT INS SYR
TREMFYA.....	74	TRUE COMFORT SAFE	(HALF UNIT).....
<i>tretinoin</i> .....	61	INSULIN SYRG ..	143, 154
<i>tretinoin (antineoplastic)</i> ....	13	161	ULTRA COMFORT INSULIN
<i>triamcinolone acetonide</i> ....	57,	TRUE COMFORT SAFETY	SYRINGE....
59, 60		PEN NEEDLE .....	137, 143, 164,
<i>triamterene</i> .....	44	159	165
<i>triamterene-</i>		TRUEPLUS INSULIN.....	ULTRA FLO INSUL
<i>hydrochlorothiazid</i> .....	44	161,	SYR(HALF UNIT) .....
<i>triazolam</i> .....	17	162	165
<i>trientine</i> .....	92	TRUEPLUS PEN NEEDLE	ULTRA FLO INSULIN
<i>tri-estarylla</i> .....	105	.....	SYRINGE.....
<i>trifluoperazine</i> .....	33	161	165
<i>trifluridine</i> .....	83	TRULANCE .....	ULTRA FLO PEN NEEDLE
<i>trihexyphenidyl</i> .....	28	63	.....
TRIJARDY XR .....	20	TRULICITY .....	165
<i>tri-legest fe</i> .....	106	20	ULTRA THIN PEN NEEDLE
<i>tri-lo-estarylla</i> .....	106	TRUMENBA .....	.....
<i>tri-lo-sprintec</i> .....	106	79	166
<i>trimethoprim</i> .....	93	TRUQAP .....	ULTRACARE INSULIN
<i>tri-mili</i> .....	106	13	SYRINGE.....
<i>trimipramine</i> .....	115	TUKYSA .....	166
TRINTELLIX.....	115	TURALIO .....	ULTRACARE PEN NEEDLE
<i>tri-nymyo</i> .....	106	13	.....
<i>tri-sprintec (28)</i> .....	106	<i>turqoz (28)</i> .....	166
TRIUMEQ.....	122	106	ULTRA-THIN II (SHORT) INS
TRIUMEQ PD.....	122	TWINRIX (PF) .....	SYR.....
<i>trivora (28)</i> .....	106	79	167
<i>tri-vylibra</i> .....	106	TYBOST .....	ULTRA-THIN II (SHORT)
<i>tri-vylibra lo</i> .....	106	86	PEN NDL .....
<i>trospium</i> .....	65	<i>tydemy</i> .....	167
TRUE COMFORT ALCOHOL		106	ULTRA-THIN II INS PEN
PADS .....	160	TYMLOS.....	NEEDLES .....
TRUE COMFORT INSULIN		48	167
SYRINGE .....	159	TYPHIM VI .....	ULTRA-THIN II INSULIN
TRUE COMFORT PEN		79	SYRINGE.....
NEEDLE .....	160	<b>U</b>	167
		UBRELVY.....	UNIFINE PEN NEEDLE..
		25	167
		ULTICARE.....	UNIFINE PENTIPS 150, 167,
		162, 163	168
		ULTICARE INSULIN	UNIFINE PENTIPS
		SYRINGE.....	MAXFLOW.....
		162	168
		ULTICARE INSULN	UNIFINE PENTIPS PLUS 168
		SYR(HALF UNIT) .....	UNIFINE PENTIPS PLUS
		162	MAXFLOW.....
		ULTICARE PEN NEEDLE	168
		.....	UNIFINE PROTECT.....
		162, 163	168, 169
		ULTICARE SAFETY PEN	UNIFINE SAFECONTROL
		NEEDLE.....	.....
		163	168, 169
		ULTIGUARD SAFEPACK-	UNIFINE SAFECONTROL
		INSULIN SYR .....	PEN NEEDLE .....
		163, 164	168, 169
		ULTIGUARD SAFEPACK-	
		PEN NEEDLE .....	
		163, 164	
		ULTILET ALCOHOL SWAB	
		.....	
		164	

UNIFINE ULTRA PEN		XELJANZ XR.....	74
NEEDLE .....	169	XERMELO .....	63
UPTRAVI.....	87	XGEVA .....	48
<i>ursodiol</i> .....	63	XIFAXAN .....	93
UZEDY .....	33, 34	XIIDRA.....	85
<b>V</b>		XOLAIR.....	54
<i>valacyclovir</i> .....	124	XOSPATA.....	14
VALCHLOR.....	60	XPOVIO .....	14
<i>valganciclovir</i> .....	124	XTANDI.....	14
<i>valproic acid</i> .....	111	<i>xulane</i> .....	106
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>		XULTOPHY 100/3.6.....	23
.....	111	XYOSTED .....	66
<i>valsartan</i> .....	40	<b>Y</b>	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>		YF-VAX (PF).....	80
.....	40	YONSA .....	14
VALTOCO .....	111	<i>yuvafem</i> .....	67
<i>vancomycin</i> .....	93	<b>Z</b>	
VANFLYTA.....	13	<i>zafemy</i> .....	106
VANISHPOINT INSULIN		<i>zafirlukast</i> .....	55
SYRINGE .....	169	<i>zaleplon</i> .....	49
VANISHPOINT SYRINGE		ZEGALOGUE	
.....	169	AUTOINJECTOR.....	87
VAQTA (PF).....	79, 80	ZEGALOGUE SYRINGE ..	87
<i>varenicline</i> .....	16	ZEJULA .....	14
VARIVAX (PF) .....	80	ZELBORAF.....	15
VAXCHORA VACCINE.....	80	<i>zenatane</i> .....	60
VELTASSA.....	63	ZENPEP .....	175
VEMLIDY.....	122	<i>zidovudine</i> .....	123
VENCLEXTA.....	13	<i>ziprasidone hcl</i> .....	34
VENCLEXTA STARTING		<i>ziprasidone mesylate</i> .....	34
PACK.....	13	ZIRGAN .....	83
<i>venlafaxine</i> .....	115, 116	ZOLINZA .....	15
VEOZAH.....	86	<i>zolpidem</i> .....	49
<i>verapamil</i> .....	38	ZONISADE .....	112
VERIFINE INSULIN		<i>zonisamide</i> .....	112
SYRINGE .....	169, 170	<i>zovia 1-35 (28)</i> .....	107
VERIFINE PEN NEEDLE	169	ZTALMY.....	112
VERIFINE PLUS PEN		ZTLIDO .....	91
NEEDLE .....	170	ZURZUVAE .....	116
VERIFINE PLUS PEN		ZYDELIG .....	15
NEEDLE-SHARP .....	170	ZYKADIA .....	15
VERQUVO .....	39	ZYLET.....	83
VERSACLOZ.....	34		
VERSALON.....	170		
VERZENIO .....	13		
<i>vestura (28)</i> .....	106		
<i>vienna</i> .....	106		
<i>vigabatrin</i> .....	111		
<i>vigadrone</i> .....	111		
VIGAFYDE .....	111		
<i>vigpoder</i> .....	111		
<i>vilazodone</i> .....	116		
VIRACEPT .....	122, 123		
VIREAD .....	123		
VITRAKVI .....	13		
VIZIMPRO .....	13		
VONJO .....	14		
<i>voriconazole</i> .....	118		
VOSEVI .....	123		
VOWST .....	86		
VRAYLAR.....	34		
VUMERITY .....	52		
<i>vyfemla (28)</i> .....	106		
<i>vylibra</i> .....	106		
VYNDAMAX .....	39		
<b>W</b>			
<i>warfarin</i> .....	173		
WEBCOL .....	170		
WELIREG.....	14		
<i>wixela inhub</i> .....	55		
<i>wymzya fe</i> .....	106		
<b>X</b>			
XALKORI .....	14		
XARELTO.....	173		
XARELTO DVT-PE TREAT			
30D START .....	173		
XATMEP .....	14		
XCOPRI.....	112		
XCOPRI MAINTENANCE			
PACK .....	111		
XCOPRI TITRATION PACK			
.....	112		
XDEMVY .....	83		
XELJANZ.....	74		

ZYPREXA RELPREVV.....34







**Su Medicare Advantage.**  
Planes todo-en-uno. Servicio excepcional. Excelente valor.

PRESENTADO POR



Este formulario fue actualizado el 10/3/2024

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, póngase en contacto con Aspire Health Plan.

(888)495-3160 | usuarios de TTY 711  
24 horas al día, siete días a la semana, o  
visite [www.aspirehealthplan.org](http://www.aspirehealthplan.org)

Hay otros proveedores disponibles en nuestra red.

Servicios a los miembros (855) 570-1600 (TTY:711)  
10 Ragsdale Drive, Suite 101 | Monterey, CA 93940  
[www.aspirehealthplan.org](http://www.aspirehealthplan.org)