



Formulario

*(Lista de
medicamentos
cubiertos)*

MEDIDUAL

2024

1º de enero - 31 de diciembre

Este formulario se actualizó el 10/22/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros de Leon Health al (844)969-5366, o al número local (305)541-5366. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), 8 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana desde el 1ero de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes el resto del año, o visite www.leonhealth.com.

Leon Health es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. Inscribirse en Leon Health, Inc. depende de que se renueve el contrato

H4286_FORMULARY002S_2024_C

Leon Health, Inc.

Leon MediDual

Formulario para 2024

Lista de medicamentos cubiertos

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

Identificación del formulario 24548, número de versión 23

Este Formulario resumido se actualizó el 10/22/2024. Para consultar un Listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al departamento de Servicios al Miembro de Leon Health, Inc. al (844) 969 5366, o el número local (305) 541 -5366. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), 8 a.m. a 8 p.m. EST, siete días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y lunes a viernes el resto del año, o visite nuestro sitio web al www.leonhealth.com.

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

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia

a Leon Health, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Leon MediDual. Este documento incluye una Lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 11/01/2024. Para obtener un Formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el Formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Leon Health, Inc.?

Un Formulario es una Lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Leon Health, Inc. con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad.

Normalmente, Leon Health, Inc. cubrirá los medicamentos incluidos en el Formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Leon Health, Inc. y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (Lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero Leon Health, Inc. podría agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año,

moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Leon Health, Inc.?”.

Medicamentos retirados del mercado. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.

- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el Formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o a ambos. O podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Leon Health, Inc.?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año

de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el 1 de noviembre del 2024. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Leon Health, Inc. comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la contratapa. Si se realizan cambios significativos en la lista impresa de medicamentos durante el año de cobertura, es posible que se le notifique por correo, identificando los cambios. Las listas de medicamentos actualizada esta publicada en nuestro sitio web y se actualiza mensual. Puede encontrarlo en www.leonhealth.com.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 11. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría Agentes Cardiovasculares. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la Lista que empieza en la página 9. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 161. El Índice proporciona una Lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la Lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Leon Health, Inc. cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa (Prior Authorization “PA”, en ingles):** Leon Health, Inc. exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de Leon Health, Inc. antes de obtener sus

medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que Leon Health, Inc. no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad (Quantity Limit “QL”, en inglés):** Para ciertos medicamentos, Leon Health, Inc. limita la cantidad del medicamento que cubrirá Leon Health, Inc. Por ejemplo, Leon Health, Inc. proporciona 30 tabletas para 30 días por receta para *atorvastatin*. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado (Step Therapy “ST”, en inglés):** En algunos casos, Leon Health, Inc. requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Leon Health, Inc. no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces Leon Health, Inc. cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 11. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos para explicar nuestras restricciones de autorización previa y de tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a Leon Health, Inc. que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una Lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Leon Health, Inc.?” en la página 5 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre?

Los medicamentos de venta libre (OTC) son medicamentos sin receta que, normalmente, no están cubiertos por un plan de medicamentos con receta de Medicare. Leon Health, Inc. paga por ciertos medicamentos de venta libre. Leon Health, Inc. proporcionará estos medicamentos de venta libre, sin costo alguno para usted. El costo para Leon Health, Inc. de estos medicamentos de venta libre no se tendrá en cuenta para los costos totales de medicamentos de la Parte D (es decir, el costo de los medicamentos de venta libre no se tiene en cuenta para el período sin cobertura).

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

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

Si resulta que Leon Health, Inc. no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios para los miembros una Lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Leon Health, Inc. Cuando reciba la Lista, muéstrésela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Leon Health, Inc.

- Puede solicitar que Leon Health, Inc. haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Leon Health, Inc.?

Puede solicitarle a Leon Health, Inc. que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Leon Health, Inc. limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Leon Health, Inc. solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, [el medicamento de menor costo compartido] o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura para una excepción al Formulario, nivel, o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario, nivel, o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

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

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el Formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el Formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al Formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su

médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30- días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos del medicamento por un máximo de hasta 30 días. Después del primer suministro para 30- días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31- días mientras solicita la excepción al Formulario. Miembros actuales que necesiten un despacho de emergencia o que se les haya prescrito un medicamento fuera del formulario como resultado de cambios en el nivel de atención serán colocados en transición y nosotros permitiremos un despacho de 31 días (al menos que la receta este escrita por menos días). Si usted es admitido en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en su formulario o tiene una limitación, usted es elegible para recibir un suplido de emergencia de 31 días mientras trata de obtener una excepción al formulario o una autorización previa.

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de Leon Health, Inc.

El Formulario a continuación proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por Leon Health, Inc. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la Lista, consulte el Índice que comienza en la página 161.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, JUXTAPID), y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, *gemfibrozil*). La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si Leon Health, Inc. tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Leon MediDual

Nivel del Medicamento	Farmacia con costo compartido preferido (30 días)	Farmacia con costo compartido estándar (30 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 2: Medicamentos de marca preferida	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 3: Medicamentos de marca no preferida	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 4: Medicamentos del nivel especializado	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 5: Medicamentos Suplementarios	\$0 copago	\$10 copago

Usted paga de **\$0-\$35** por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costos compartidos para farmacias minoristas preferidas y estándar.

Leon Health, Inc. usa farmacias de la red preferida. Consulte su Proveedor y Directorio de Farmacias o visite www.leonhealth.com para buscar una farmacia minorista preferida que le quede cerca.

La red de farmacias de Leon Health Inc. ofrece acceso limitado a farmacias con costos compartidos preferidos en Miami-Dade, FL. Los costos más bajos anunciados en nuestros materiales del plan para estas farmacias pueden no estar disponibles en la farmacia que usted utiliza. Para obtener información actualizada sobre nuestras farmacias de la red, incluidas aquellas con costos compartidos preferidos, por favor llame al 1-844-969-5366 (TTY: 711) o consulte el directorio de farmacias en nuestro sitio web www.LeonHealth.com.

Abreviaciones y Símbolos

- EX - Este medicamento con receta por lo general no está cubierto en un plan de medicamentos con receta de Medicare. El monto que paga cuando obtiene uno de estos medicamentos con receta no se tiene en cuenta en sus costos totales de medicamentos (es decir, el monto que usted paga no lo ayuda a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.
- CB - Límite de beneficio (este medicamento tiene una cantidad limitada por mes y no permite el reabastecimiento anticipado).
- LA - Disponibilidad limitada. Es posible que este medicamento con receta solo esté disponible en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte nuestro directorio de farmacias o comuníquese con nosotros al departamento de Servicios al Miembro de Leon Health, Inc. al (844) 969 5366, o el número local (305) 541 -5366. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), 8 a.m. a 8 p.m. EST, siete días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y lunes a viernes el resto del año, o visite nuestro sitio web al www.leonhealth.com.

- HI - Infusión en el hogar. Es posible que este medicamento con receta esté cubierto por nuestro beneficio médico. Para obtener más información, comuníquese con nosotros al departamento de Servicios al Miembro de Leon Health, Inc. al (844) 969 5366, o el número local (305) 541 - 5366. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), 8 a.m. a 8 p.m. EST, siete días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y lunes a viernes el resto del año, o visite nuestro sitio web al www.leonhealth.com.
- GC - Proporcionamos cobertura adicional para este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.
- PA NSO - solo para nuevos comienzos (esto solo se aplicaría a pacientes que recién comenzaron con este medicamento).
- PA - Este medicamento requiere autorización previa.
- PA BvD - Requiere determinar si el medicamento debe estar cubierto como un beneficio de la Parte B o la Parte D de Medicare.
- QL - Este medicamento tiene límites con respecto a la cantidad.
- ST - Este medicamento tiene requisitos de tratamiento escalonado.
- NDS - Suministro de días no extendidos.

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	11
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	21
Agentes Antiansiedad	21
Agentes Antidemencia	22
Agentes Antidiabetico	23
Agentes Antigota	27
Agentes Antimigraña	27
Agentes Antinausea	29
Agentes Antiparasitarios	30
Agentes Antiparkinson	30
Agentes Antipsicóticos	32
Agentes Calóricos	36
Agentes Cardiovasculares	38
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	46
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	47
Agentes De Trastorno De Sueño	48
Agentes Del Sistema Nervioso Central	49
Agentes Del Tracto Respiratorio	52
Agentes Dentales Y Orales	57
Agentes Dermatológicos	57
Agentes Gastrointestinales	62
Agentes Genitourinarios	65
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	66
Agentes Inmunológicos	71
Agentes Oftálmicos	80
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	81
Agentes Terapeuticos Misceláneos	85

Agentes Vasodilatadores	87
Analgésicos	87
Anestésicos	91
Antagonistas De Metales Pesados	92
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	93
Antibacterianos	93
Anticonceptivos	98
Anticonvulsivos	104
Antidepresivos	108
Antifúngicos	111
Antihistamínicos	112
Antimicobacteriales	113
Antivirales (Sitémico)	113
Dispositivos	118
Preparaciones De Reemplazo	153
Productos Para La Tos Y Resfriado	154
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen	154
Reemplazo/Modificadores De Enzima	157
Relajantes Musculares Esqueléticos	158
Vitaminas Y Minerales	158

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i>	1	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	4	PA NSO; LA; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i>	4	NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i>	4	PA NSO; NDS
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	4	PA NSO; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	4	PA NSO; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	1	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg</i>	4	PA NSO; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	4	PA NSO; LA; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	4	PA NSO; LA; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	4	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	3	PA BvD; ST; NDS
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	PA BvD; ST
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	4	PA BvD; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	3	PA NSO; NDS
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	3	PA NSO; NDS
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	3	PA NSO; NDS
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	3	PA NSO; NDS
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	4	NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	1	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	4	PA NSO; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	4	PA NSO; NDS; QL (4 per 365 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	3	PA NSO; NDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	4	PA NSO; NDS; QL (84 per 21 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (21 per 21 days)
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	3	PA NSO; NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	4	NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i>	1	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	4	PA NSO; LA; NDS; QL (240 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (28 per 28 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	4	PA NSO; NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	4	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	4	PA NSO; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	4	PA NSO; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	4	PA NSO; LA; NDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	4	PA NSO; LA; 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)	4	PA NSO; LA; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	4	NDS
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	3	PA NSO; NDS
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	4	PA NSO; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (240 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	4	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	4	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	4	PA NSO; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	4	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)	4	PA NSO; NDS; QL (140 per 28 days)
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	4	LA; NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	4	NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	ST
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	4	NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	4	PA NSO; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	4	PA NSO; LA; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	4	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)	4	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (14 per 28 days)
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	4	PA NSO; LA; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	4	PA NSO; LA; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	4	LA; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG, 40 MG	4	PA NSO; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	4	NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	4	PA NSO; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	3	NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	4	NDS
TAGRISO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (240 per 30 days)
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (60 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	3	NDS
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	4	NDS
<i>torpenz oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	3	PA NSO; NDS
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	4	NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (64 per 28 days)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	4	NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	2	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (56 per 28 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	4	PA NSO; LA; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG	4	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	3	ST; NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; LA; 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)	4	PA NSO; LA; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	4	PA NSO; LA; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	4	PA NSO; LA; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	4	PA NSO; LA; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (240 per 30 days)
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	3	PA NSO; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	4	NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (84 per 28 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i>	1	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	1	
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	3	NDS; QL (2688 per 365 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 100 MG/0.5 ML	4	NDS; QL (0.5 per 30 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 300 MG/1.5 ML	4	NDS; QL (1.5 per 30 days)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	1	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	1	
Agentes Antiansiedad		
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 3 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	1	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 1 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i>	1	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i>	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i>	3	NDS; QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	1	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
NAMZARIC ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	3	NDS
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	3	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i>	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>alogliptin oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 6.25 mg</i>	1	
<i>alogliptin-metformin oral tablet 12.5-1,000 mg, 12.5-500 mg</i>	1	
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-30 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg</i>	1	
<i>dapaglifloz propaned-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 10-1,000 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>dapaglifloz propaned-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 5-1,000 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	2	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	2	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	2	QL (60 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	2	QL (30 per 30 days)
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	4	PA; LA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i>	1	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	4	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	2	PA NSO; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	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)	2	PA NSO; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	2	PA NSO; QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	4	PA; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	4	PA; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	2	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	2	QL (60 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	2	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	2	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	2	PA NSO; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	2	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	2	QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	2	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)	2	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>	1	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>	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	1	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>	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin degludec subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml), 200 unit/ml (3 ml)</i>	2	max \$35 copay per month supply

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>insulin degludec subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	2	max \$35 copay per month supply
<i>insulin glargine subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	2	max \$35 copay per month supply
<i>insulin glargine subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	2	max \$35 copay per month supply
<i>insulin glargine u-300 conc subcutaneous insulin pen 300 unit/ml (1.5 ml)</i>	2	max \$35 copay per month supply; QL (13.5 per 28 days)
<i>insulin glargine u-300 conc subcutaneous insulin pen 300 unit/ml (3 ml)</i>	2	max \$35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	2	max \$35 copay per month supply
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	2	max \$35 copay per month supply
<i>insulin lispro protamin-lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (75-25)</i>	2	max \$35 copay per month supply
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i>	2	max \$35 copay per month supply
<i>insulin lispro subcutaneous insulin pen, half-unit 100 unit/ml</i>	2	max \$35 copay per month supply
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	2	max \$35 copay per month supply
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	2	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)	2	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)	2	max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	1	
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	1	
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5 ML	2	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	2	PA; QL (1.5 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	4	NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	2	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	2	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	2	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	1	QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 75 MG	2	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg/actuation</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i>	3	NDS; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i>	3	NDS; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i>	1	QL (9 per 27 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	2	PA; QL (16 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (6 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS RECON SOLN 235-0.25 MG	3	NDS
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS SOLUTION 235 MG-0.25 MG /20 ML	3	NDS
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG	3	PA BvD; NDS
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	1	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	1	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	4	PA BvD; NDS; QL (6 per 28 days)
<i>fosaprepitant intravenous recon soln 150 mg</i>	1	QL (2 per 28 days)
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml</i>	1	
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	1	PA BvD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	1	QL (10 per 30 days)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	4	NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	3	NDS
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	4	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	1	PA
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	3	NDS
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	4	NDS
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	1	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i>	1	PA BvD; HI
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	3	NDS
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	4	PA; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	1	PA; QL (42 per 7 days)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i>	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>benztropine injection solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	1	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	2	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	1	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	4	PA; LA; NDS; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	4	PA; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	4	PA; NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	2	QL (30 per 30 days)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	3	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG	3	ST; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	3	ST; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RYTARY ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG	2	QL (90 per 30 days)
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML, 960 MG/3.2 ML	4	NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	4	NDS; QL (1 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	4	NDS; QL (1 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	4	ST; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	4	NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	4	NDS; QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	4	NDS; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	4	NDS; QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	4	NDS; QL (3.2 per 28 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 150 mg</i>	1	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	4	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	3	ST; NDS
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	4	NDS; QL (3.5 per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	4	NDS; QL (5 per 180 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	4	NDS; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	4	NDS; QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	4	NDS; QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	2	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	4	NDS; QL (0.5 per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	4	NDS; QL (0.88 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	4	NDS; QL (1.32 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	4	NDS; QL (1.75 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	4	NDS; QL (2.63 per 84 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	3	NDS; QL (30 per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	3	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	1	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	4	NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	4	NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	4	NDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	4	NDS; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML	3	NDS; QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	4	NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	4	NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	4	NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	4	NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	4	NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	4	NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	4	NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	4	NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	ST; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	1	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG, 300 MG	4	NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	4	NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD; HI; NDS

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD; HI; NDS
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD; HI; NDS
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD; HI; NDS
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	3	PA BvD; HI; NDS
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD; HI; NDS
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD; HI; NDS
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD; HI; NDS
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD; HI; NDS
<i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i>	1	PA BvD; HI
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %</i>	1	PA BvD; HI
<i>dextrose 5%-water iv soln single use</i>	1	PA BvD; HI
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	3	PA BvD; HI; NDS
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	3	PA BvD; HI; NDS
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	PA BvD; HI; NDS
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	3	PA BvD; HI; NDS
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	3	PA BvD; HI; NDS

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i>	1	QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	4	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>phenylephrine hcl injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	1	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lidocaine (pf) injection syringe 100 mg/5 ml (2 %)</i>	1	
<i>lidocaine (pf) intravenous syringe 100 mg/5 ml (2 %), 50 mg/5 ml (1 %)</i>	1	
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	2	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>procainamide intravenous syringe 100 mg/ml</i>	1	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	1	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	1	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg</i>	1	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	3	NDS
<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>	1	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
<i>CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML</i>	2	QL (600 per 30 days)
<i>CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG</i>	3	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg)</i>	1	
<i>digoxin injection solution 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	1	
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	1	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	1	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	4	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	4	NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	4	PA; LA; NDS; QL (18 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML	3	NDS; QL (4 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	3	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina li		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	1	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	2	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	2	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG	2	QL (180 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG	2	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLETT 15-16 MG, 6-6 MG	2	
<i>eprosartan oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	1	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	1	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazyd 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>	1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	1	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	1	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	1	
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	1	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazyd oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	1	
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML	3	ST; NDS; QL (300 per 30 days)
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	1	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i>	1	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	1	
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	3	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	1	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i>	1	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i>	1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i>	1	QL (120 per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 5 MG	4	PA; LA; NDS; QL (28 per 28 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG	4	PA; LA; NDS; QL (56 per 28 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	3	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	2	QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	2	QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	2	LA; QL (2 per 28 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	1	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i>	1	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	2	QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	2	QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	2	QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	4	PA; LA; NDS; QL (120 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM)	4	PA; LA; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	1	
<i>torse mide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i>	1	ST; QL (1200 per 30 days)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 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>	1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	1	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML	3	ST; NDS; QL (600 per 30 days)
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	2	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	1	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i>	1	
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i>	4	NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	1	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	3	NDS
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	4	ST; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	1	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i>	1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i>	1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 800 mg</i>	1	
<i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i>	1	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	1	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	3	NDS
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACTUATION	3	NDS
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	1	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i>	4	NDS
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	1	QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 60 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	1	
EVENITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 210MG/2.34ML (105MG/1.17MLX2)	4	PA; NDS; QL (2.34 per 30 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML)	2	QL (2.4 per 28 days)
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	1	QL (3 per 84 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i>	1	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	1	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	4	PA; LA; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	1	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	2	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	2	QL (60 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i>	1	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec) 35 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	2	QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	2	QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	4	PA; NDS
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i>	1	QL (100 per 300 days)
Agentes De Trastorno De Sueño		
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	4	PA; LA; NDS; QL (150 per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	4	PA; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	4	PA; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	3	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	4	PA; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG	4	PA; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	4	PA; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	4	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	4	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	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	4	PA; NDS; QL (42 per 30 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	4	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	4	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	4	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	1	
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	1	
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML	4	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 5 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	1	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>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	4	PA; NDS; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	4	PA; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	4	PA; LA; NDS
<i> fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	4	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	4	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	4	PA; LA; NDS

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	4	PA; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	4	PA; LA; NDS; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	2	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; LA; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; LA; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; LA; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; LA; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; LA; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; LA; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; LA; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	4	PA; LA; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	4	PA; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	3	PA; LA; NDS
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	4	PA; LA; NDS
<i>metadate er oral tablet extended release 20 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	1	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 18 mg (bx rating), 27 mg, 27 mg (bx rating), 54 mg, 54 mg (bx rating)</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg, 36 mg (bx rating)</i>	1	QL (60 per 30 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	4	PA; LA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	4	PA; LA; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	4	PA; LA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	4	PA; LA; NDS
RADICAVA INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/100 ML	4	PA; NDS; QL (2800 per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	2	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	2	
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	4	PA; LA; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	4	PA; LA; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine intravenous solution 200 mg/ml (20 %)</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	1	PA BvD
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	4	PA; LA; NDS
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	1	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	4	PA; LA; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	4	PA; LA; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG	4	NDS
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	4	PA; LA; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 5.8 MG	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	4	PA; LA; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	4	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	4	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	4	PA; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	4	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	4	PA; LA; NDS; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	4	PA; LA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	4	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	4	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	4	PA BvD; LA; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	1	QL (30 per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	4	PA; LA; NDS; QL (56 per 28 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	4	NDS
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	4	PA; LA; NDS; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	4	PA; LA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 300 MG/2 ML	4	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	4	PA; LA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	4	PA; LA; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	3	NDS; QL (12 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	2	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	3	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	1	PA BvD; QL (60 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation</i>	1	QL (30.6 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 80-4.5 mcg/actuation</i>	1	QL (30 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	NDS; QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	3	NDS; QL (120 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	3	NDS; QL (12 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	3	NDS; QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	3	NDS; QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone furoate-vilanterol inhalation blister with device 100-25 mcg/dose, 200-25 mcg/dose</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 100 mcg/actuation, 50 mcg/actuation</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation blister with device 250 mcg/actuation</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation, 220 mcg/actuation, 44 mcg/actuation</i>	1	
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation aerosol powdr breath activated 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation</i>	1	QL (1 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation hfa aerosol inhaler 115-21 mcg/actuation, 230-21 mcg/actuation, 45-21 mcg/actuation</i>	1	QL (12 per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION	3	NDS; QL (30.6 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	1	QL (60 per 30 days)
Antileucotrinos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
Broncodilatadores		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	1	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	1	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	1	QL (36 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>	1	PA BvD; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	1	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	1	
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	2	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	3	NDS; QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	2	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	2	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	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>	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate inhalation hfa aerosol inhaler 45 mcg/actuation</i>	1	
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	3	NDS; QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	3	NDS; QL (30 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 28 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>terbutaline subcutaneous solution 1 mg/ml</i>	4	NDS

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	1	
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i>	1	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	2	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	1	
KOURZEQ DENTAL PASTE 0.1 %	1	
<i>oralone dental paste 0.1 %</i>	1	
<i>paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	1	
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	1	
<i>ala-scalp topical lotion 2 %</i>	1	
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	1	
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i>	1	QL (236 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	1	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>trianex topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>triderm topical cream 0.1 %, 0.5 %</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 22.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>acyclovir topical cream 5 %</i>	1	QL (5 per 4 days)
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
ALCOH-GLOVE TOWELETTE 70 %	1	
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	1	
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED	1	
ALCOHOL SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED	1	
ALCOHOL WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED	1	
ALCOH-WIPE TOWELETTE 70 %	1	
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	1	
<i>amnestem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
BD SINGLE USE SWAB	1	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	1	
<i>claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM	1	
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	1	
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	1	
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED	1	
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	4	NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	1	
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	1	QL (24 per 30 days)
ISOPROPYL ALCOHOL TOPICAL SWAB 70 %	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
IV ANTISEPTIC WIPES	1	
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	1	
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	2	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	4	NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	4	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>penciclovir topical cream 1 %</i>	1	
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	1	
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	3	NDS; QL (180 per 30 days)
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	1	
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB	1	
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	4	LA; NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	1	
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %, 1.2 %(1 % base) -5 %</i>	1	
<i>ery pads topical swab 2 %</i>	1	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	1	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %</i>	1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	1	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	1	QL (220 per 30 days)
<i>neuc topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %</i>	1	
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i>	1	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	1	
<i>ssd topical cream 1 %</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	1	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	1	
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i>	1	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	3	PA; NDS
<i>avita topical cream 0.025 %</i>	1	PA
<i>avita topical gel 0.025 %</i>	1	PA
<i>tazarotene topical cream 0.05 %, 0.1 %</i>	1	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	3	NDS
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	1	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	1	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	1	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	1	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	1	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
BYLVAY ORAL CAPSULE 1,200 MCG	4	NDS
BYLVAY ORAL PELLETT 200 MCG, 600 MCG	4	NDS
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	4	PA; LA; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	1	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	1	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	1	
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	1	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	4	PA; LA; NDS
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i>	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	1	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	NDS; QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM	2	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	2	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i>	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	2	QL (30 per 30 days)
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	4	PA; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	4	PA; LA; NDS
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	4	PA; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	4	PA; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	4	PA; NDS; QL (11.2 per 28 days)
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	4	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	2	QL (30 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	4	PA; LA; NDS; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	1	
<i>lanthanum oral tablet, chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	4	NDS

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML	3	NDS
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	3	NDS
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	2	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	3	NDS
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 - 5.84 gram</i>	1	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 - 5.86 gram</i>	1	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i>	1	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	1	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	1	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram, 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	2	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	3	NDS
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	2	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	1	
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i>	1	
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG	3	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i>	4	NDS

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	1	
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 8 MG/ML	2	QL (300 per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	2	QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>tropium oral capsule,extended release 24hr 60 mg</i>	1	
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	1	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	2	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	2	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TIROSINT ORAL CAPSULE 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 13 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 37.5 MCG, 44 MCG, 50 MCG, 62.5 MCG, 75 MCG, 88 MCG	2	QL (30 per 30 days)
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 13 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 37.5 MCG/ML, 44 MCG/ML, 50 MCG/ML, 62.5 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML	2	QL (30 per 30 days)
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	1	QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	1	QL (180 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	2	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	1	
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	1	QL (8 per 28 days)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	2	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	1	QL (8 per 28 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>	1	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	1	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	1	
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	3	NDS; QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	1	
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	1	
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	1	QL (8 per 28 days)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	1	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	2	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	2	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	2	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	2	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	1	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	1	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	1	
HEMADY ORAL TABLET 20 MG	3	NDS

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i>	1	
MILLIPRED DP ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (21 TABS), 5 MG (48 TABS)	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	1	PA BvD
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	1	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	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>	1	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	1	
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	4	PA; LA; NDS; QL (35 per 28 days)
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	4	PA; LA; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml ampul p/f, outer, sdv</i>	4	NDS
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i>	1	
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	4	PA; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	LA; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml, 60 mg/0.2 ml, 90 mg/0.3 ml</i>	4	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	4	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	4	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	4	NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	4	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (PED)	4	NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	4	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)	4	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	4	NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	1	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml)</i>	1	
<i>octreotide acetate injection syringe 500 mcg/ml (1 ml)</i>	4	NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	4	PA NSO; LA; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
SAIZEN SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG	4	PA; NDS
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	4	PA; LA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	4	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML	4	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	4	PA; LA; NDS
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML	4	PA; NDS
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG	4	PA; NDS
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	3	NDS; QL (0.65 per 90 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	1	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	4	PA; NDS
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	4	PA; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	4	PA; NDS
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous pen injector kit 40 mg/0.8 ml</i>	4	PA; NDS
<i>adalimumab-fkjp subcutaneous syringe kit 20 mg/0.4 ml, 40 mg/0.8 ml</i>	4	PA; NDS
AMJEVITA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML	4	PA; NDS

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AMJEVITA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	4	LA; NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG	3	PA BvD; NDS
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA; NDS
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	1	PA BvD; ST
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	4	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	4	PA; LA; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	4	PA; LA; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	4	PA NSO; LA; NDS; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	4	PA; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	4	PA; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	4	PA; LA; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	4	PA; LA; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	4	PA; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	4	PA; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml</i>	1	PA BvD; ST
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	4	PA; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	4	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	4	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	4	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	4	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	4	PA; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	4	PA; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	4	PA BvD; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	PA BvD; NDS
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	4	PA BvD; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	4	PA BvD; NDS
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	4	PA BvD; LA; NDS

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	4	PA BvD; LA; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	4	PA BvD; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML	4	PA; NDS
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	4	PA; NDS
HULIO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HULIO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	4	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	4	PA; NDS

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2)	4	PA; NDS
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML	4	PA; NDS
HYRIMOZ(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HYRIMOZ(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	4	PA; NDS
ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	4	PA; NDS
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i>	4	PA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	4	PA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	4	PA; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	4	PA; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	4	PA BvD; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i>	3	PA BvD; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	4	PA BvD; NDS
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	4	PA; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	4	PA; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	4	PA; NDS

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	4	PA; LA; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	4	PA; LA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	PA BvD; NDS
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	3	PA BvD; ST; NDS
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	2	
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; LA; NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	4	NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	4	PA BvD; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i>	3	PA BvD; NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	4	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	4	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	4	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	4	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	4	PA; LA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	4	PA; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	1	PA BvD
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	4	PA; LA; NDS
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	4	PA; LA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	4	PA; NDS

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	4	PA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	4	PA; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	4	PA; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	4	PA; NDS
YUSIMRY(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
Vacunas		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	2	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	2	\$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	2	\$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	2	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	\$0 copay
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	2	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	2	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	2	PA BvD; \$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	2	\$0 copay; QL (1.5 per 365 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	2	\$0 copay; QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	2	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	2	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	2	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	2	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	2	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	2	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	2	\$0 copay
IXCHIQ (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	2	\$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	2	\$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	2	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	2	\$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	3	NDS
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	2	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	2	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	3	NDS; \$0 copay
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	2	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	2	PA BvD; \$0 copay
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	2	\$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	2	
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)	2	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	2	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	2	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	2	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	2	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	2	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	2	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	2	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	2	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	2	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	2	\$0 copay

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	2	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	2	QL (1.5 per 365 days)
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay; QL (1.5 per 365 days)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	2	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	2	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	2	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	2	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	2	\$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	2	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	3	NDS
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)	2	\$0 copay
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	2	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	1	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	1	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	1	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	1	
<i>dorzolamide-timolol (pf) ophthalmic (eye) dropperette 2-0.5 %</i>	1	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	2	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	2	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	2	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	2	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i>	1	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>	1	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	3	NDS; QL (5 per 30 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	1	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	1	QL (3.5 per 4 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	1	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	3	NDS
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	1	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	1	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	1	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	3	NDS
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	2	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	2	ST; QL (10 per 25 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %, 0.075 %, 0.09 %</i>	1	
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %	2	
CEQUA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.09 %	2	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	2	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	1	QL (50 per 25 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	1	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	2	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i>	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	2	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	2	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	2	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	2	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i>	1	QL (10 per 13 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	1	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i>	1	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	2	
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	2	ST; QL (32 per 30 days)
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	3	NDS; QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>alcaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	3	NDS
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %), 205.5 mcg (0.15 %)</i>	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	1	ST
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	1	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 %	4	PA; LA; NDS; QL (20 per 28 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	4	PA; LA; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	1	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	1	QL (15 per 10 days)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	1	
<i>olopatadine nasal spray, non-aerosol 0.6 %</i>	1	QL (30.5 per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.2 %</i>	1	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	4	PA; LA; NDS
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	4	PA; LA; NDS
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA; NDS
DAYBUE ORAL SOLUTION 200 MG/ML	4	PA; NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	4	NDS
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	3	NDS; QL (90 per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	4	PA; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	4	PA; LA; NDS
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	4	NDS
GVOKE HYOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	2	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	2	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML	2	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i>	1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	3	NDS
<i>levocarnitine sf 1 g/10 ml sol 100 mg/ml</i>	1	
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i>	4	NDS
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	4	NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i>	3	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	1	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	3	NDS; QL (30 per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	4	PA; LA; NDS; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	4	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	4	PA; LA; NDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (56 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	3	NDS; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	4	NDS; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	2	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	2	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	4	PA; LA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	PA; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	4	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>epoprostenol intravenous recon soln 0.5 mg, 1.5 mg</i>	4	PA; NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	4	PA; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i>	4	PA; NDS; QL (37.5 per 1 day)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (360 per 30 days)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	5	EX; CB (8 EA per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	4	PA; LA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i>	4	PA; NDS
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML)	4	PA; NDS
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	4	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	4	PA; LA; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	4	PA; LA; NDS
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	1	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	1	PA; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i>	4	PA; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	1	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i>	1	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	1	
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>ketoprofen oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	1	
<i>ketorolac injection solution 15 mg/ml</i>	1	QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml, 30 mg/ml (1 ml)</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac injection syringe 15 mg/ml</i>	1	QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection syringe 30 mg/ml</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg, 500 mg</i>	1	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ascomp with codeine oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i>	1	
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	1	
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg, 50-325-40-30 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol 10 mg/ml</i>	1	QL (5 per 28 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>codeine-bitalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	1	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>	4	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadone oral tablet, soluble 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methadose oral tablet, soluble 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	3	NDS; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	3	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	1	PA; QL (120 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 20 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	2	QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 40 mg</i>	4	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tencon oral tablet 50-325 mg</i>	1	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>	1	QL (300 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG	2	QL (60 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG	2	QL (120 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG	4	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>zebutal oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	1	QL (30 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 40 mg/ml (4 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i>	1	
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i>	1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	1	PA
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tridacaine ii topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	2	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	4	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	4	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	1	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i>	3	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i>	4	PA; NDS
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	4	PA; LA; NDS
<i>deferoxamine injection recon soln 500 mg</i>	4	PA; NDS
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET, MODIFIED RELEASE 1,000 MG	4	PA; LA; NDS
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	4	PA; LA; NDS
FERRIPROX ORAL TABLET 1,000 MG	4	PA; LA; NDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	4	PA; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	4	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
<i>trientine oral capsule 500 mg</i>	4	PA; NDS; QL (120 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	1	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	4	NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	4	LA; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	4	PA BvD; NDS
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i>	4	PA BvD; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	1	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	1	PA BvD; HI
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i>	1	
<i>clindamycin ph 9 g/60 ml vial mdr 150 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i>	1	PA BvD; HI
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i>	4	PA BvD; HI; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	4	NDS
FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML	3	NDS
<i>fosfomicin tromethamine oral packet 3 gram</i>	1	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i>	1	PA BvD; HI

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	4	NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	1	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	1	PA BvD; HI
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	1	PA BvD; HI
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	1	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	1	QL (112 per 14 days)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i>	3	NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	3	PA; NDS; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram</i>	1	PA BvD; HI
<i>aztreonam injection recon soln 2 gram</i>	4	NDS
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	4	PA; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	1	
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	1	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	1	
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	1	PA BvD; HI
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i>	1	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	1	PA BvD; HI
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram</i>	1	PA BvD; HI
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i>	1	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	4	PA BvD; HI; NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA BvD; HI
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	4	NDS; QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	4	NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	1	PA BvD; HI
<i>ampicillin sodium injection recon soln 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i>	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	3	NDS
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram</i>	1	PA BvD; HI
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	4	PA BvD; HI; NDS
<i>nafcillin injection recon soln 2 gram</i>	3	NDS
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i>	1	PA BvD; HI
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit</i>	1	PA BvD
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	1	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	1	PA BvD; HI
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	3	PA BvD; HI; NDS
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i>	3	PA BvD; HI; NDS
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	
<i>sulfatrim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>	1	PA BvD; HI
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i>	1	PA BvD
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 150 mg, 20 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>mondoxylene nl oral capsule 100 mg, 75 mg</i>	1	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i>	4	PA BvD; HI; NDS
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	1	
<i>amethia oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>ashlyna oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>camrese oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>caziant (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>	1	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	1	
<i>daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	1	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
ELLA ORAL TABLET 30 MG	3	NDS; QL (6 per 365 days)
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	1	QL (1 per 28 days)
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	1	QL (1 per 28 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	1	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>gemmily oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	1	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	1	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>leena 28 oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	1	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	1	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	
<i>lutra (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	
<i>nora-be oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	1	QL (3 per 28 days)
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	1	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>ocella oral tablet 3-0.03 mg</i>	1	
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>pimtree (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg, 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28)	3	NDS
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	1	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	1	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	1	
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	1	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>tulana oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
<i>tyblume oral tablet, chewable 0.1 mg- 20 mcg</i>	3	NDS
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>	1	
<i>vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	1	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	1	QL (3 per 28 days)
<i>zarah oral tablet 3-0.03 mg</i>	1	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg</i>	1	
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	2	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	2	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	2	QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	1	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	3	NDS
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	1	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	3	NDS
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	3	NDS
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	4	PA NSO; LA; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	1	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	3	ST; NDS; QL (480 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	4	NDS
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	4	PA NSO; LA; NDS

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	4	ST; NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	3	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i>	1	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	3	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) -100 mg (14)</i>	1	
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	3	NDS
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	1	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	4	NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	4	NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	3	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	3	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	1	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	NDS
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	4	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	4	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i>	4	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	3	NDS
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i>	4	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)	4	ST; NDS; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	3	ST; NDS
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	4	ST; NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	4	NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	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>	1	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	4	ST; NDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (600 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	3	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	3	ST; NDS
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	3	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	3	NDS
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	1	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	1	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	1	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	1	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG	3	PA NSO; NDS
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	4	PA NSO; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	3	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	2	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	4	PA NSO; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	4	PA NSO; NDS; QL (14 per 14 days)
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	3	PA BvD; HI; NDS
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4	PA BvD; NDS
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	1	PA BvD; HI
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i>	4	PA BvD; NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln 50 mg</i>	4	NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln 70 mg</i>	4	PA BvD; HI; NDS
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	1	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	1	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	1	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>econazole topical cream 1 %</i>	1	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	PA BvD; HI
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	4	NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	4	PA; NDS
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i>	1	ST; QL (100 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	1	
NOXAFIL INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/16.7 ML	4	PA; NDS
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG	4	PA; NDS
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML)	4	PA; NDS
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	1	QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	1	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	4	PA; NDS
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	4	PA; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i>	4	PA BvD; HI; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	4	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	1	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	1	
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	1	
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	1	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	1	
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	3	NDS; QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	3	NDS
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	1	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i>	1	PA BvD; HI
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	4	PA; LA; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	3	NDS
Antivirales (Sitémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i>	1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	1	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	4	NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	4	NDS; QL (30 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	4	NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml), 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i>	4	NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	4	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	4	NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	4	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	4	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	4	NDS
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	1	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	4	NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	4	NDS
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	4	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	4	NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	4	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i>	3	NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	NDS
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	4	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	4	NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	4	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	4	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	4	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	3	NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	4	NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	NDS

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	4	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	4	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	3	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	4	NDS
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	3	NDS
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i>	1	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	3	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	4	NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	1	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	3	NDS
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	4	NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	4	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	4	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	4	NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 75 MG, 800 MG	4	NDS
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	4	NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension,extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	4	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	4	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	4	NDS

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	2	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	4	NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	4	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	4	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	4	NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	4	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	3	NDS
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	4	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	4	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	4	NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	4	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	4	NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	4	NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	4	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	4	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	4	NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	3	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>ledipasvir-sofosbuvir oral tablet 90-400 mg</i>	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL PELLETS IN PACKET 50-20 MG	4	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	4	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	1	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i>	1	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i>	1	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	1	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	1	
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	3	NDS; QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	1	
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	3	NDS; QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG	3	NDS; QL (2 per 180 days)
Interferones		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	4	NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	4	NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir 1,000 mg/20 ml vial sdv 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD; HI
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lagevrio (eua) oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	1	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i>	4	NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	1	
Dispositivos		
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	1	
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
ASSURE ID SYR 1 ML 29GX1/2" (RX) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	1	
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	1	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE	1	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	1	
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	1	
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	1	
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	1	
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"	1	
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16"	1	
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	1	
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	1	
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	1	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	1	
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	
CURITY GAUZE PADS 1'S(12 PLY) 2 X 2 "	1	
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	1	
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	1	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
DROPLET INS SYR 1 ML 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	1	
DROPLET PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	1	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	1	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"	1	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	1	
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	1	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	1	
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30	1	
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	1	
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	1	
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	1	
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	1	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	1	
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	1	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	1	
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	1	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	2	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	2	
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2" INNER (OTC) 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	1	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2" INNER (RX) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	1	
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	1	
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	1	
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	1	
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	1	
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	1	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	1	
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	1	
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	1	
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	1	
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	1	
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	1	
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 1/2"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
NOVOFINE 30 NEEDLE	1	
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	1	
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	1	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	1	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	2	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"	1	
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	1	
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	1	
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	1	
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	1	
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	1	
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 29	1	
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	1	
RELION MINI PEN 31G X 1/4" NDL 31 GAUGE X 1/4"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELION NEEDLES NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	1	
RELION PEN NEEDLES NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	1	
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	1	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

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"	1	
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	1	
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"	1	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	1	
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	1	
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8"	1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	1	
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8"	1	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	1	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	1	
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	1	
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	1	
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTIGUARD SAFE PK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	1	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	1	
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	1	
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	1	
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	1	
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	1	
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32"	1	
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	1	
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	1	
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"	1	
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"	1	
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	
V-GO 20 DEVICE	2	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
V-GO 30 DEVICE	2	
V-GO 40 DEVICE	2	
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	1	PA BvD; HI
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	1	PA BvD; HI
<i>electrolyte-148 intravenous parenteral solution</i>	1	
ISOLYTE S IV SOLUTION-EXCEL SINGLE USE	3	PA BvD; HI; NDS
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	PA BvD; HI; NDS
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD; HI; NDS
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	1	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	1	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	1	
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>	3	NDS
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>	1	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	PA BvD; HI; NDS
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	PA BvD; HI; NDS
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>	1	PA BvD; HI
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	PA BvD; HI
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	1	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	1	PA BvD; HI
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	1	PA BvD; HI
TPN ELECTROLYTES II INTRAVENOUS SOLUTION 18-18-5-4.5-35 MEQ/20 ML	3	PA BvD; NDS
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 35-20-5 MEQ/20 ML	3	PA BvD; NDS
Productos Para La Tos Y Resfriado		
Productos Para La Tos Y Resfriado		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	5	EX
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA; NDS
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	4	PA; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	3	NDS
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG	3	PA; NDS
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	4	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	2	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	2	
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i>	1	QL (30 per 30 days)

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	1	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i>	1	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	4	NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	4	NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	4	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>	1	PA BvD; HI
<i>heparin sodium 1,000 unit/ml vial sdv, outer</i>	1	PA BvD
<i>heparin sodium 10,000 unit/ml vial mdv, outer</i>	1	PA BvD
<i>heparin sodium 5,000 unit/ml vial suv, outer</i>	1	PA BvD
<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>	1	
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG	2	
PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET 110 MG, 150 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG	2	
<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>	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS, DOSE PACK 15 MG (42)-20 MG (9)	2	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	2	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG	2	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	2	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	1	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT (10 ML)	4	PA BvD; NDS
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	4	PA BvD; LA; NDS
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	4	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	4	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	4	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
FYLNTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	4	PA; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	PA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	4	PA; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	4	PA; LA; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	4	NDS
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	4	PA; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	PA; NDS

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	4	PA; LA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	4	PA; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	4	PA; LA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	4	PA; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	4	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	PA; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	2	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	2	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	PA; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	4	NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	4	PA; LA; NDS
CREON ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000-180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	2	
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	4	PA; LA; NDS; QL (14 per 28 days)
<i>javygtor oral tablet, soluble 100 mg</i>	4	PA; LA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	4	PA; LA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	PA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 20 mg</i>	4	NDS

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG	4	PA; LA; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	4	PA; LA; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	4	PA; LA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	4	PA BvD; NDS
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	4	PA; LA; NDS
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i>	4	PA; NDS
<i>yargesa oral capsule 100 mg</i>	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000-105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600-252,600 UNIT	2	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg</i>	4	NDS
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	1	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	1	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	1	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution</i>	5	EX
<i>dodex injection solution 1,000 mcg/ml</i>	5	EX
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i>	5	EX

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	5	EX
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	1	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	1	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	1	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	1	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	1	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	1	
<i>o-cal prenatal tablet 15 mg iron- 1,000 mcg</i>	1	
<i>pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	1	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg - 430 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	1	
<i>prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i>	1	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	1	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	1	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	1	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	1	
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg</i>	1	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	1	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	1	
<i>triveen-duo dha oral combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	1	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	1	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	1	
<i>virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg</i>	1	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	1	
<i>vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	1	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	1	
<i>vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron- 1 mg-200 mg</i>	1	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	1	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	1	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	1	

10/22/2024

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento. (Página 7)

ÍNDICE

1		
1ST TIER UNIFINE		
PENTIPS	118	
1ST TIER UNIFINE		
PENTIPS PLUS	118	
A		
<i>abacavir</i>	113	
<i>abacavir-lamivudine</i>	113	
ABELCET	111	
ABILIFY ASIMTUFII	32	
ABILIFY MAINTENA	32	
<i>abiraterone</i>	11	
ABOUTTIME PEN NEEDLE		
.....	118	
ABRYSVO (PF).....	77	
<i>acamprosate</i>	21	
<i>acarbose</i>	23	
<i>accutane</i>	60	
<i>acebutolol</i>	39	
<i>acetaminophen-codeine</i>	89	
<i>acetazolamide</i>	80	
<i>acetic acid</i>	81	
<i>acetylcysteine</i>	52, 53	
<i>acitretin</i>	60	
ACTEMRA.....	71	
ACTEMRA ACTPEN	71	
ACTHAR	69	
ACTHIB (PF).....	77	
ACTIMMUNE	85	
<i>acyclovir</i>	60, 117	
<i>acyclovir sodium</i>	117	
ADACEL(TDAP		
ADOLESN/ADULT)(PF). 77		
ADAKVEO.....	154	
<i>adalimumab-fkjp</i>	71	
<i>adapalene</i>	62	
<i>adefovir</i>	117	
ADEMPAS.....	87	
<i>adrucil</i>	11	
ADVAIR HFA.....	54	
ADVOCATE PEN NEEDLE		
.....	119	
ADVOCATE SYRINGES 118,		
119		
<i>afirmelle</i>	98	
AJOVY AUTOINJECTOR.. 27		
AJOVY SYRINGE	27	
AKEEGA	11	
AKYNZEO		
(FOSNETUPITANT)	29	
AKYNZEO (NETUPITANT)29		
<i>ala-cort</i>	57	
<i>ala-scalp</i>	57	
<i>albendazole</i>	30	
<i>albuterol sulfate</i>	55, 56	
<i>alcaine</i>	84	
<i>alclometasone</i>	57	
ALCOH-GLOVE	60	
ALCOHOL PADS	60	
ALCOHOL PREP PADS.... 61		
ALCOHOL PREP SWABS 60		
ALCOHOL SWABS	60	
ALCOHOL WIPES	60	
ALCOH-WIPE	60	
ALDURAZYME.....	157	
ALECENSA	11	
<i>alendronate</i>	47	
<i>alfuzosin</i>	65	
<i>aliskiren</i>	46	
<i>allopurinol</i>	27	
<i>alogliptin</i>	23	
<i>alogliptin-metformin</i>	23	
<i>alogliptin-pioglitazone</i>	23	
<i>alose tron</i>	46	
ALPHAGAN P	80	
<i>alprazolam</i>	21, 22	
ALREX	83	
<i>altavera (28)</i>	98	
ALTRENO	62	
ALUNBRIG	11	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	98	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	98	
<i>alyq</i>	87	
<i>amabelz</i>	67	
<i>amantadine hcl</i>	30	
AMBISOME	111	
<i>ambrisentan</i>	87	
<i>amethia</i>	98	
<i>amiloride</i>	44	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>		
.....	44	
<i>amiodarone</i>	38	
<i>amitriptyline</i>	108	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide</i>		
.....	108	
AMJEVITA(CF).....	72	
AMJEVITA(CF)		
AUTOINJECTOR.....	71	
<i>amlodipine</i>	42	
<i>amlodipine-atorvastatin</i> 42, 43		
<i>amlodipine-benazepril</i>	42	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	42	
<i>amlodipine-valsartan</i>	42	
<i>amlodipine-valsartan-</i>		
<i>hcthiazid</i>	42	
<i>ammonium lactate</i>	60	
<i>amnestem</i>	60	
<i>amoxapine</i>	108	
<i>amoxicil-clarithromy-</i>		
<i>lansopraz</i>	62	
<i>amoxicillin</i>	96	

<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	96	<i>atomoxetine</i>	49	BD AUTOSHIELD DUO PEN	
<i>amphotericin b</i>	111	<i>atorvastatin</i>	43	NEEDLE	120
<i>amphotericin b liposome</i> .	111	<i>atovaquone</i>	30	BD ECLIPSE LUER-LOK	120
<i>ampicillin</i>	96	<i>atovaquone-proguanil</i>	30	BD INSULIN SYRINGE ...	120
<i>ampicillin sodium</i>	96	<i>atropine</i>	84	BD INSULIN SYRINGE	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	96	ATROVENT HFA	56	(HALF UNIT).....	120
<i>anagrelide</i>	154	AUBAGIO.....	49	BD INSULIN SYRINGE SLIP	
<i>anastrozole</i>	11	<i>aubra eq</i>	98	TIP	120
ANORO ELLIPTA.....	56	AUGTYRO	11	BD INSULIN SYRINGE U-	
<i>apomorphine</i>	30	<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	98	500.....	120
<i>apraclonidine</i>	84	<i>aurovela 1/20 (21)</i>	98	BD INSULIN SYRINGE	
<i>aprepitant</i>	29	<i>aurovela 24 fe</i>	99	ULTRA-FINE.....	120
<i>apri</i>	98	<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	99	BD NANO 2ND GEN PEN	
APTIOM	104	<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	99	NEEDLE	120
APTIVUS.....	113	AUSTEDO.....	49	BD SAFETYGLIDE INSULIN	
AQINJECT PEN NEEDLE		AUSTEDO XR.....	49	SYRINGE	120, 121
.....	119	AUSTEDO XR TITRATION		BD SAFETYGLIDE	
<i>aranelle (28)</i>	98	KT(WK1-4).....	49	SYRINGE	121
ARCALYST	72	AUVELITY.....	108	BD ULTRA-FINE MICRO	
<i>aripiprazole</i>	32	<i>aviane</i>	99	PEN NEEDLE.....	121
ARISTADA	32	<i>avita</i>	62	BD ULTRA-FINE MINI PEN	
ARISTADA INITIO.....	32	AVONEX	49	NEEDLE	121
<i>armodafinil</i>	48	AVSOLA.....	72	BD ULTRA-FINE NANO PEN	
ARNUITY ELLIPTA	54	<i>ayuna</i>	99	NEEDLE	121
<i>ascomp with codeine</i>	89	AYVAKIT	11	BD ULTRA-FINE ORIG PEN	
<i>asenapine maleate</i>	33	<i>azacitidine</i>	11	NEEDLE	121
<i>ashlyna</i>	98	<i>azathioprine</i>	72	BD ULTRA-FINE SHORT	
<i>aspirin-dipyridamole</i>	156	<i>azathioprine sodium</i>	72	PEN NEEDLE.....	121
ASSURE ID DUO PRO SFTY		<i>azelastine</i>	84	BD VEO INSULIN SYR	
PEN NDL	119	<i>azithromycin</i>	95, 96	(HALF UNIT).....	121
ASSURE ID DUO-SHIELD		<i>aztreonam</i>	94	BD VEO INSULIN SYRINGE	
.....	119	B		UF.....	121
ASSURE ID INSULIN		<i>bacitracin</i>	82	BELSOMRA	48
SAFETY.....	119, 120	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	82	<i>benazepril</i>	45
ASSURE ID PEN NEEDLE		<i>baclofen</i>	158	<i>benazepril-</i>	
.....	119	<i>bal-care dha</i>	158	<i>hydrochlorothiazide</i>	45
ASSURE ID PRO PEN		<i>bal-care dha essential</i>	158	<i>bendamustine</i>	11
NEEDLE	119	<i>balsalazide</i>	46	BENDAMUSTINE.....	11
ASTAGRAF XL	72	BALVERSA	11	BENDEKA.....	11
<i>atazanavir</i>	113	<i>balziva (28)</i>	99	BENLYSTA	72
<i>atenolol</i>	39	BCG VACCINE, LIVE (PF)	77	<i>benzonatate</i>	154
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	39	BD ALCOHOL SWABS	60	<i>benztropine</i>	31

<i>bepotastine besilate</i>	85	<i>bromfenac</i>	83	<i>candesartan-</i>	
BERINERT	156	<i>bromocriptine</i>	31	<i>hydrochlorothiazid</i>	41
BESREMI	72	BROMSITE	83	CAPLYTA	33
<i>betaine</i>	85	BRONCHITOL.....	53	CAPRELSA	12
<i>betamethasone acet, sod</i>		BRUKINSA.....	12	<i>captopril</i>	45
<i>phos</i>	68	<i>budesonide</i>	46, 54	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	
<i>betamethasone dipropionate</i>		<i>budesonide-formoterol</i>	54	.....	45
.....	57	<i>bumetanide</i>	44	<i>carbamazepine</i>	105
<i>betamethasone valerate</i> ... 57,		<i>buprenorphine</i>	89	<i>carbidopa</i>	31
58		<i>buprenorphine hcl</i>	21, 89	<i>carbidopa-levodopa</i>	31
<i>betamethasone, augmented</i>		<i>buprenorphine-naloxone</i> ...	21	<i>carbidopa-levodopa-</i>	
.....	58	<i>bupropion hcl</i>	108	<i>entacapone</i>	31
BETASERON	49	<i>bupropion hcl (smoking</i>		<i>carbinoxamine maleate</i> ...	112
<i>betaxolol</i>	39, 80	<i>deter)</i>	21	CAREFINE PEN NEEDLE	
<i>bethanechol chloride</i>	66	<i>buspirone</i>	85	.....	121, 122
<i>bexarotene</i>	11	<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i>		CARETOUCH ALCOHOL	
BEXSERO.....	77	.....	89	PREP PAD	60
<i>bicalutamide</i>	11	<i>butalbital-acetaminophen</i> ..	89	CARETOUCH INSULIN	
BICILLIN L-A.....	96	<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>		SYRINGE	122
BIKTARVY	113	.....	89	CARETOUCH PEN NEEDLE	
<i>bimatoprost</i>	81	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> ..	89	.....	122
<i>bisoprolol fumarate</i>	39	<i>butorphanol</i>	89	<i>carglumic acid</i>	63
<i>bisoprolol-</i>		BYLVAY	63	CAROSPIR	46
<i>hydrochlorothiazide</i>	39	C		<i>carteolol</i>	81
<i>bleomycin</i>	11	CABENUVA	114	<i>cartia xt</i>	40
<i>blisovi 24 fe</i>	99	<i>cabergoline</i>	31	<i>carvedilol</i>	39
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	99	CABLIVI	154	<i>casprofungin</i>	111
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	99	CABOMETYX.....	12	CAYSTON.....	94
BOOSTRIX TDAP	77	<i>cabotegravir</i>	114	<i>caziant (28)</i>	99
BORDERED GAUZE	121	<i>caffeine citrate</i>	49	<i>cefaclor</i>	94
<i>bortezomib</i>	11	<i>calcipotriene</i>	60	<i>cefadroxil</i>	94, 95
<i>bosentan</i>	87	<i>calcitonin (salmon)</i>	47	<i>cefazolin</i>	95
BOSULIF.....	11, 12	<i>calcitriol</i>	47	<i>cefdinir</i>	95
BRAFTOVI	12	<i>calcium acetate(phosphat</i>		<i>cefepime</i>	95
BREO ELLIPTA.....	54	<i>bind)</i>	64	<i>cefixime</i>	95
BREZTRI AEROSPHERE .56		CALQUENCE	12	<i>cefoxitin</i>	95
<i>briellyn</i>	99	CALQUENCE		<i>cefpodoxime</i>	95
BRILINTA	156	(ACALABRUTINIB MAL)12		<i>cefprozil</i>	95
<i>brimonidine</i>	81	<i>camila</i>	99	<i>ceftazidime</i>	95
<i>brimonidine-timolol</i>	81	<i>camrese</i>	99	<i>ceftriaxone</i>	95
<i>brinzolamide</i>	81	<i>candesartan</i>	41	<i>cefuroxime axetil</i>	95
BRIVIACT.....	105			<i>cefuroxime sodium</i>	95

<i>celecoxib</i>	87	<i>clindamycin pediatric</i>	93	<i>colistin (colistimethate na)</i> .	93
CELONTIN	105	<i>clindamycin phosphate</i> 61, 93		COMBIVENT RESPIMAT ..	56
<i>cephalexin</i>	95	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>		COMETRIQ	12
CEQUA	83	.....	61	COMFORT EZ INSULIN	
CERDELGA	157	CLINIMIX 5%/D15W		SYRINGE	122, 123, 124
<i>cevimeline</i>	57	SULFITE FREE	36	COMFORT EZ PEN	
<i>chateal eq (28)</i>	99	CLINIMIX 4.25%/D10W		NEEDLES	123
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	22	SULF FREE	37	COMFORT EZ PRO	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	57	CLINIMIX 4.25%/D5W		SAFETY PEN NDL	123, 124
<i>chloroquine phosphate</i>	30	SULFIT FREE.....	37	COMFORT TOUCH PEN	
<i>chlorpromazine</i>	33	CLINIMIX 5%-		NEEDLE	124, 125
<i>chlorthalidone</i>	44	D20W(SULFITE-FREE). 37		COMPLERA	114
<i>chlorzoxazone</i>	158	CLINIMIX E 2.75%/D5W		<i>completenate</i>	158
<i>cholestyramine (with sugar)</i>		SULF FREE	37	<i>compro</i>	29
.....	43	CLINIMIX E 4.25%/D10W		<i>constulose</i>	63
<i>cholestyramine light</i>	43	SUL FREE	37	COPAXONE	49, 50
<i>ciclopirox</i>	111	CLINIMIX E 4.25%/D5W		COPIKTRA	12
<i>cilostazol</i>	156	SULF FREE	37	CORLANOR	40
CIMDUO.....	114	CLINIMIX E 5%/D15W		CORTROPHIN GEL	69
<i>cimetidine</i>	62	SULFIT FREE.....	37	COSENTYX	72, 85
<i>cimetidine hcl</i>	62	CLINIMIX E 5%/D20W		COSENTYX (2 SYRINGES)	
CIMZIA.....	72	SULFIT FREE.....	37	.....	72
CIMZIA POWDER FOR		<i>clobazam</i>	105	COSENTYX PEN (2 PENS)	
RECONST	72	<i>clobetasol</i>	58	.....	72
<i>cinacalcet</i>	47	<i>clobetasol-emollient</i>	58	COSENTYX UNOREADY	
CINRYZE	156	<i>clomipramine</i>	109	PEN	72
<i>ciprofloxacin</i>	97	<i>clonazepam</i>	22	COTELLIC.....	12
<i>ciprofloxacin hcl</i>	82, 97	<i>clonidine</i>	38	CREON	157
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>		<i>clonidine hcl</i>	38, 49	<i>cromolyn</i>	53, 63, 85
.....	97	<i>clopidogrel</i>	156	<i>cryselle (28)</i>	99
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>		<i>clorazepate dipotassium</i>	22	CURAD GAUZE PAD.....	125
.....	82	<i>clotrimazole</i>	111	CURITY ALCOHOL SWABS	
<i>citalopram</i>	108	<i>clotrimazole-betamethasone</i>		.....	60
<i>claravis</i>	60	.....	111	CURITY GAUZE.....	125
<i>clarithromycin</i>	96	<i>clozapine</i>	33	<i>cyanocobalamin (vitamin b-</i>	
<i>clemastine</i>	113	<i>c-nate dha</i>	158	12)	158
CLENPIQ	65	COARTEM	30	<i>cyclobenzaprine</i>	158
CLICKFINE PEN NEEDLE		<i>codeine sulfate</i>	89	<i>cyclopentolate</i>	85
.....	122	<i>codeine-butalbital-asa-caff</i>	89	<i>cyclophosphamide</i>	12
<i>clindamycin hcl</i>	93	<i>colchicine</i>	27	<i>cyclosporine</i>	72, 73, 83
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>		<i>colesevelam</i>	43	<i>cyclosporine modified</i> ..	72, 73
.....	93	<i>colestipol</i>	43		

CYLTEZO(CF)	73	DERMACEA NON-WOVEN	125	<i>diltiazem hcl</i>	40
CYLTEZO(CF) PEN	73	DESCOVY	114	<i>dilt-xr</i>	40
CYLTEZO(CF) PEN		<i>desipramine</i>	109	<i>dimethyl fumarate</i>	50
CROHN'S-UC-HS	73	<i>desmopressin</i>	69	DIPENTUM	47
CYLTEZO(CF) PEN		<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>		<i>diphenhydramine hcl</i>	113
PSORIASIS-UV	73	.....	99	<i>diphenoxylate-atropine</i>	63
<i>cyproheptadine</i>	113	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>		<i>dipyridamole</i>	156
<i>cyred eq</i>	99	.....	99	<i>disopyramide phosphate</i> ...	38
CYSTADROPS	85	<i>desonide</i>	58	<i>disulfiram</i>	21
CYSTARAN	85	<i>desoximetasone</i>	58	<i>divalproex</i>	105
D		<i>desvenlafaxine succinate</i>	109	<i>dodex</i>	158
<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>		<i>dexamethasone</i>	68	<i>dofetilide</i>	38
<i>chloride</i>	153	<i>dexamethasone sodium</i>		<i>donepezil</i>	22
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>		<i>phosphate</i>	83	DOPTELET (10 TAB PACK)	
.....	153	<i>dexmethylphenidate</i>	50	.....	156
<i>dabigatran etexilate</i>	154	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	50	DOPTELET (15 TAB PACK)	
<i>dalfampridine</i>	50	<i>dextroamphetamine-</i>		.....	156
<i>danazol</i>	67	<i>amphetamine</i>	50	DOPTELET (30 TAB PACK)	
<i>dantrolene</i>	158	<i>dextrose 10 % in water</i>		.....	156
<i>dapaglifloz propaned-</i>		<i>(d10w)</i>	37	<i>dorzolamide</i>	81
<i>metformin</i>	23	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>		<i>dorzolamide-timolol</i>	81
<i>dapagliflozin propanediol</i> ..	23	.....	37	<i>dorzolamide-timolol (pf)</i>	81
<i>dapsone</i>	113	DIACOMIT	105	<i>dotti</i>	67
DAPTACEL (DTAP		<i>diazepam</i>	22, 105	DOVATO	114
PEDIATRIC) (PF)	77	<i>diazepam intensol</i>	22	<i>doxazosin</i>	38
<i>daptomycin</i>	93	<i>diazoxide</i>	85	<i>doxepin</i>	109
<i>darunavir</i>	114	<i>diclofenac potassium</i>	87	<i>doxercalciferol</i>	47
<i>dasatinib</i>	12	<i>diclofenac sodium</i> . 83, 87, 88		<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	13
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	99	<i>diclofenac-misoprostol</i>	88	<i>doxy-100</i>	98
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	99	<i>dicloxacillin</i>	96	<i>doxycycline hyclate</i>	98
DAURISMO	12, 13	<i>dicyclomine</i>	63	<i>doxycycline monohydrate</i> ..	98
DAYBUE	85	<i>didanosine</i>	114	DRIZALMA SPRINKLE ...	109
<i>daysee</i>	99	DIFICID	96	<i>dronabinol</i>	29
<i>deblitane</i>	99	<i>diflorasone</i>	58	DROPLET INSULIN	
<i>deferasirox</i>	92	<i>diflunisal</i>	88	SYR(HALF UNIT)	125
<i>deferiprone</i>	92	<i>difluprednate</i>	83	DROPLET INSULIN	
<i>deferoxamine</i>	92	<i>digitek</i>	40	SYRINGE	125, 126
DELSTRIGO	114	<i>digox</i>	40	DROPLET MICRON PEN	
<i>demeclocycline</i>	98	<i>digoxin</i>	40	NEEDLE	126
DEPO-SUBQ PROVERA	104	<i>dihydroergotamine</i>	28	DROPLET PEN NEEDLE	126
.....	71	DILANTIN	105	DROPSAFE ALCOHOL	
DERMACEA	125			PREP PADS	60

DROPSAFE INSULIN	EASY TOUCH SAFETY PEN	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>
SYRINGE 126, 127	NEEDLE 130	..... 45
DROPSAFE PEN NEEDLE	EASY TOUCH	ENBREL 73
..... 127	SHEATHLOCK INSULIN	ENBREL MINI 73
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	..... 129	ENBREL SURECLICK 73
..... 99	EASY TOUCH UNI-SLIP. 130	ENDARI 85
DROXIA 154	<i>ec-naproxen</i> 88	<i>endocet</i> 89, 90
<i>droxidopa</i> 38	<i>econazole</i> 111	ENGERIX-B (PF) 77
DUAVEE 67	EDARBI 41	ENGERIX-B PEDIATRIC
<i>duloxetine</i> 109	EDARBYCLOR 41	(PF) 77
DUPIXENT PEN 73	EDURANT 114	<i>enilloring</i> 99
DUPIXENT SYRINGE 73	<i>efavirenz</i> 114	<i>enoxaparin</i> 154, 155
<i>dutasteride</i> 65	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	<i>enpresse</i> 100
<i>dutasteride-tamsulosin</i> 65	..... 114	<i>enskyce</i> 100
E	<i>efavirenz-lamivu-tenofov</i>	ENSPRYNG 50
EASY COMFORT ALCOHOL	<i>disop</i> 114	<i>entacapone</i> 31
PAD 60	EGRIFTA SV 70	ENTADFI 65
EASY COMFORT INSULIN	<i>electrolyte-148</i> 153	<i>entecavir</i> 117
SYRINGE 127, 128	ELIGARD 13	ENTRESTO 41
EASY COMFORT PEN	ELIGARD (3 MONTH) 13	ENTRESTO SPRINKLE ... 41
NEEDLES 128	ELIGARD (4 MONTH) 13	<i>enulose</i> 63
EASY COMFORT SAFETY	ELIGARD (6 MONTH) 13	EPCLUSA 116
PEN NEEDLE 127	<i>elinest</i> 99	EPIDIOLEX 105
EASY GLIDE INSULIN	ELIQUIS 154	<i>epinastine</i> 85
SYRINGE 128	ELIQUIS DVT-PE TREAT	<i>epinephrine</i> 41
EASY GLIDE PEN NEEDLE	30D START 154	<i>epitol</i> 105
..... 128	ELLA 99	<i>eplerenone</i> 46
EASY TOUCH 129, 130	ELMIRON 85	<i>epoprostenol</i> 87
EASY TOUCH ALCOHOL	<i>eluryng</i> 99	EPRONTIA 105
PREP PADS 60	EMBRACE PEN NEEDLE	<i>eprosartan</i> 41
EASY TOUCH FLIPLOCK	..... 130	<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> 158
INSULIN 129	EMCYT 13	<i>ergoloid</i> 22
EASY TOUCH FLIPLOCK	EMEND 29	ERIVEDGE 13
SYRINGE 129	EMGALITY PEN 28	ERLEADA 13
EASY TOUCH INSULIN	EMGALITY SYRINGE 28	<i>erlotinib</i> 13
SAFETY SYR 128, 129	EMSAM 109	<i>errin</i> 100
EASY TOUCH INSULIN	<i>emtricitabine</i> 114	<i>ertapenem</i> 94
SYRINGE 128, 129, 130	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	<i>ery pads</i> 61
EASY TOUCH LUER LOCK	..... 114	<i>erythromycin</i> 82, 96
INSULIN 129	EMTRIVA 114	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>
EASY TOUCH PEN NEEDLE	<i>enalapril maleate</i> 45	..... 96
..... 129		<i>erythromycin with ethanol</i> .. 61

<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	61	<i>felbamate</i>	105	<i>fluocinonide-emollient</i>	58
<i>escitalopram oxalate</i>	109	<i>felodipine</i>	42	<i>fluoride (sodium)</i>	57
<i>esomeprazole magnesium</i>	62	FEMRING.....	68	<i>fluorometholone</i>	84
<i>estarylla</i>	100	<i>fenofibrate</i>	43	<i>fluorouracil</i>	60
<i>estazolam</i>	22	<i>fenofibrate micronized</i>	43	<i>fluoxetine</i>	109
<i>estradiol</i>	67, 68	<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	43	<i>fluphenazine decanoate</i>	33
<i>estradiol valerate</i>	68	<i>fenofibric acid (choline)</i>	43	<i>fluphenazine hcl</i>	33
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	68	<i>fenopropfen</i>	88	<i>flurbiprofen</i>	88
<i>eszopiclone</i>	48	<i>fentanyl</i>	90	<i>flurbiprofen sodium</i>	84
<i>ethambutol</i>	113	<i>fentanyl citrate</i>	90	<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>	55
<i>ethosuximide</i>	105	FERRIPROX	92	<i>fluticasone propionate</i> 55, 58,	84
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	100	FERRIPROX (2 TIMES A DAY).....	92	<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	55
<i>etodolac</i>	88	<i>fesoterodine</i>	66	<i>fluvastatin</i>	43
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	100	FETZIMA.....	109	<i>fluvoxamine</i>	109
<i>etravirine</i>	114	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	25	<i>folic acid</i>	159
EUCRISA	58	FIASP PENFILL U-100 INSULIN	25	<i>folivane-ob</i>	159
EVENITY.....	47	FIASP U-100 INSULIN	25	<i>fondaparinux</i>	155
<i>everolimus (antineoplastic)</i>	13	FILSPARI	85	FORTEO	47
<i>everolimus (immunosuppressive)</i>	73	<i>finasteride</i>	65	<i>fosamprenavir</i>	114
EVOTAZ.....	114	<i>finbolimod</i>	50	<i>fosaprepitant</i>	29
EVRYSDI	85	FINTEPLA	105	<i>fosfomycin tromethamine</i> ..	93
<i>exemestane</i>	13	FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	13	<i>fosinopril</i>	45
EXKIVITY	13	FIRVANQ	93	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	45
EYSUVIS.....	83	<i>flavoxate</i>	66	FOTIVDA.....	13
EZALLOR SPRINKLE	43	FLEBOGAMMA DIF	73	FREESTYLE PRECISION	131
<i>ezetimibe</i>	43	<i>flecainide</i>	38	FRUZAQLA	13
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	43	FLOVENT DISKUS	54	FULPHILA	156
F		FLOVENT HFA	54, 55	<i>furosemide</i>	44
<i>falmina (28)</i>	100	<i>fluconazole</i>	111	FUZEON	114
<i>famciclovir</i>	117	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	111	<i>fyavolv</i>	68
<i>famotidine</i>	63	<i>flucytosine</i>	111	FYCOMPA	106
FANAPT	33	<i>fludrocortisone</i>	68	FYLNETRA	156
FARXIGA	23	<i>flunisolide</i>	83	G	
FARYDAK.....	13	<i>fluocinolone</i>	58	<i>gabapentin</i>	106
FASENRA	53	<i>fluocinolone acetonide oil</i> ..	84	GALAFOLD	157
FASENRA PEN.....	53	<i>fluocinonide</i>	58	<i>galantamine</i>	23
<i>febuxostat</i>	27			GAMMAGARD LIQUID	73

GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML).....	73	GVOKE	86	HUMIRA PEN CROHNS-UC- HS START.....	74
GAMMAPLEX	74	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	85	HUMIRA(CF).....	74
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL).....	73	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	85	HUMIRA(CF) PEN.....	74
GAMUNEX-C	74	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	86	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS.....	74
GARDASIL 9 (PF).....	77, 78	H		HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	74
<i>gatifloxacin</i>	82	HADLIMA	74	HUMIRA(CF) PEN PSOR- UV-ADOL HS.....	74
GATTEX 30-VIAL.....	63	HADLIMA PUSHTOUCH...	74	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	25
GAUZE PAD	131	HADLIMA(CF).....	74	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	25
<i>gavilyte-c</i>	65	HADLIMA(CF) PUSHTOUCH	74	<i>hydralazine</i>	41
<i>gavilyte-g</i>	65	HAEGARDA.....	156	<i>hydrochlorothiazide</i>	44
<i>gavilyte-n</i>	65	<i>hailey</i>	100	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	90
GAVRETO.....	13	<i>hailey 24 fe</i>	100	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	90
<i>gefitinib</i>	14	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	100	<i>hydrocortisone</i>	47, 59, 69
<i>gemfibrozil</i>	43	<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	100	<i>hydrocortisone butyrate</i>	59
<i>gemmily</i>	100	<i>halobetasol propionate</i>	59	<i>hydrocortisone valerate</i>	59
<i>generlac</i>	63	<i>haloette</i>	100	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	82
<i>gengraf</i>	74	<i>haloperidol</i>	33	<i>hydromorphone</i>	90
<i>gentamicin</i>	61, 82, 93	<i>haloperidol decanoate</i>	33	<i>hydromorphone (pf)</i>	90
GENVOYA	114	<i>haloperidol lactate</i>	33	<i>hydroxychloroquine</i>	30
GILENYA.....	50	HARVONI.....	116, 117	<i>hydroxyurea</i>	14
GILOTRIF.....	14	HAVRIX (PF).....	78	<i>hydroxyzine hcl</i>	113
<i>glatiramer</i>	50	HEALTHWISE INSULIN SYRINGE	131, 132	<i>hydroxyzine pamoate</i>	86
<i>glatopa</i>	50	HEALTHWISE PEN NEEDLE	132	HYRIMOZ PEN CROHN'S- UC STARTER.....	75
GLEOSTINE.....	14	HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP	132	HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER.....	75
<i>glimepiride</i>	27	<i>heather</i>	100	HYRIMOZ(CF).....	75
<i>glipizide</i>	27	HEMADY.....	68	HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER.....	75
<i>glipizide-metformin</i>	27	<i>heparin (porcine)</i>	155	HYRIMOZ(CF) PEN	75
<i>glyburide</i>	27	HEPLISAV-B (PF).....	78	I	
<i>glyburide micronized</i>	27	HETLIOZ.....	48	<i>ibandronate</i>	47, 48
<i>glycopyrrolate</i>	63	HETLIOZ LQ	48	IBRANCE	14
<i>glydo</i>	91	HIBERIX (PF).....	78	<i>ibu</i>	88
GLYXAMBI.....	23	HULIO(CF).....	74	<i>ibuprofen</i>	88
<i>granisetron (pf)</i>	29	HULIO(CF) PEN.....	74		
<i>granisetron hcl</i>	29	HUMIRA	74		
GRANIX	156	HUMIRA PEN.....	74		
<i>griseofulvin microsize</i>	111, 112				
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	112				
<i>guanfacine</i>	38, 50				

<i>ibuprofen-famotidine</i>	88	<i>insulin degludec</i>	25, 26	<i>isosorbide mononitrate</i>	46
<i>icatibant</i>	41	<i>insulin glargine</i>	26	<i>isosorbide-hydralazine</i>	46
<i>iclevia</i>	100	<i>insulin glargine u-300 conc</i>	26	<i>isotretinoin</i>	61
ICLUSIG	14	<i>insulin glargine-yfgn</i>	26	<i>isradipine</i>	42
<i>icosapent ethyl</i>	43	<i>insulin lispro</i>	26	<i>itraconazole</i>	112
IDHIFA	14	<i>insulin lispro protamin-lispro</i>		IV PREP WIPES	61
<i>ifosfamide</i>	14	.....	26	<i>ivabradine</i>	41
ILEVRO	84	INSULIN SYR/NDL U100		<i>ivermectin</i>	30
ILUMYA	75	HALF MARK	132	IWILFIN	14
<i>imatinib</i>	14	INSULIN SYRINGE	120	IXCHIQ (PF)	78
IMBRUVICA	14	INSULIN SYRINGE		IXIARO (PF)	78
<i>imipenem-cilastatin</i>	94	MICROFINE	120	J	
<i>imipramine hcl</i>	109	INSULIN SYRINGE		<i>jaimiess</i>	100
<i>imipramine pamoate</i>	109	NEEDLELESS	120	JAKAFI	14
<i>imiquimod</i>	60	INSULIN SYRINGE-NEEDLE		<i>jantoven</i>	155
IMOVAX RABIES VACCINE		U-100..	131, 132, 133, 139,	JARDIANCE	23
(PF)	78	143, 146, 147		<i>jasmiel (28)</i>	100
IMPAVIDO	30	INSUPEN PEN NEEDLE	133,	<i>javygtor</i>	157
INBRIJA	31	134		JAYPIRCA	14
<i>incassia</i>	100	INTELENCE	114	<i>jencycla</i>	100
INCONTROL ALCOHOL		INTRALIPID	37	JENTADUETO	23
PADS	60	INVEGA HAFYERA	33	JENTADUETO XR	23, 24
INCONTROL PEN NEEDLE		INVEGA SUSTENNA	34	<i>jinteli</i>	68
.....	132	INVEGA TRINZA	34	<i>jolessa</i>	100
INCRELEX	70	INVELTYS	84	<i>juleber</i>	100
<i>indapamide</i>	44	IPOL	78	JULUCA	115
<i>indomethacin</i>	88	<i>ipratropium bromide</i> ...	56, 85	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	100
INFANRIX (DTAP) (PF) ...	78	<i>ipratropium-albuterol</i>	56	<i>junel 1/20 (21)</i>	100
<i>infliximab</i>	75	<i>irbesartan</i>	41	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	100
INGREZZA	51	<i>irbesartan-</i>		<i>junel fe 1/20 (28)</i>	100
INGREZZA INITIATION		<i>hydrochlorothiazide</i>	41	<i>junel fe 24</i>	100
PK(TARDIV)	50	IRESSA	14	JUXTAPID	43
INLYTA	14	ISENTRESS	114, 115	JYNARQUE	44, 45
INPEN (FOR HUMALOG)		ISENTRESS HD	114	JYNNEOS (PF)	78
BLUE	132	<i>isibloom</i>	100	K	
INPEN (NOVOLOG OR		ISOLYTE S PH 7.4	153	<i>kalliga</i>	101
FIASP) BLUE	132	ISOLYTE-P IN 5 %		KALYDECO	53
INQOVI	14	DEXTROSE	153	<i>kariva (28)</i>	101
INREBIC	14	ISOLYTE-S	153	KATERZIA	42
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>		<i>isoniazid</i>	113	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	101
.....	25	ISOPROPYL ALCOHOL ...	60	<i>kelnor 1/50 (28)</i>	101
<i>insulin aspart u-100</i>	25	<i>isosorbide dinitrate</i>	46	KERENDIA	46

KESIMPTA PEN.....	51	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	101	LINZESS	64
<i>ketoconazole</i>	112	<i>latanoprost</i>	81	<i>liothyronine</i>	66
<i>ketoprofen</i>	88	LATUDA.....	34	LISCO	134
<i>ketorolac</i>	84, 88	<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	117	<i>lisinopril</i>	45
KEVZARA	75	<i>leena 28</i>	101	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	
KINERET.....	75	<i>leflunomide</i>	75	.....	45
KINRIX (PF)	78	<i>lenalidomide</i>	15	LITE TOUCH INSULIN PEN	
<i>kionex (with sorbitol)</i>	64	LENVIMA	15	NEEDLES	134
KISQALI	15	<i>lessina</i>	101	LITE TOUCH INSULIN	
KISQALI FEMARA CO-PACK		<i>letrozole</i>	15	SYRINGE	134
.....	15	<i>leucovorin calcium</i>	86	<i>lithium carbonate</i>	51
KLISYRI	61	LEUKERAN.....	15	<i>lithium citrate</i>	51
<i>klor-con m10</i>	153	LEUKINE.....	156	LIVALO.....	43
<i>klor-con m15</i>	153	<i>leuprolide</i>	15	<i>lojaimiess</i>	101
<i>klor-con m20</i>	153	<i>leuprolide (3 month)</i>	15	LOKELMA	64
KLOXXADO	21	<i>levabuterol tartrate</i>	56	LONSURF.....	15
KORLYM.....	24	<i>levetiracetam</i>	106	<i>loperamide</i>	64
KOSELUGO	15	<i>levobunolol</i>	81	<i>lopinavir-ritonavir</i>	115
<i>kosher prenatal plus iron</i> .	159	<i>levocarnitine</i>	86	<i>lorazepam</i>	22
KOURZEQ	57	<i>levocarnitine (with sugar)</i> ..	86	<i>lorazepam intensol</i>	22
KRAZATI.....	15	<i>levocetirizine</i>	113	LORBRENA	15
KRINTAFEL	30	<i>levofloxacin</i>	82, 85, 97	<i>loryna (28)</i>	101
<i>kurvelo (28)</i>	101	<i>levofloxacin in d5w</i>	97	<i>losartan</i>	41
KYNMOBI.....	31	<i>levoleucovorin calcium</i>	86	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	
L		<i>levonest (28)</i>	101	.....	41
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>		<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i>		LOTEMAX.....	84
.....	101	.....	101	LOTEMAX SM.....	84
<i>labetalol</i>	39	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>		<i>loteprednol etabonate</i>	84
<i>lacosamide</i>	106	.....	101	<i>lovastatin</i>	43
<i>lactulose</i>	64	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>		<i>low-ogestrel (28)</i>	101
<i>lagevrio (eua)</i>	118	.....	101	<i>loxapine succinate</i>	34
<i>lamivudine</i>	115	<i>levora-28</i>	101	<i>lo-zumandimine (28)</i>	101
<i>lamivudine-zidovudine</i>	115	<i>levothyroxine</i>	66	<i>lubiprostone</i>	64
<i>lamotrigine</i>	106	LEVOXYL.....	66	LUMAKRAS	15
<i>lanreotide</i>	70	LEXIVA.....	115	LUMIGAN.....	81
<i>lansoprazole</i>	63	<i>lidocaine</i>	92	LUPRON DEPOT	70
<i>lanthanum</i>	64	<i>lidocaine (pf)</i>	38, 92	LUPRON DEPOT (3	
<i>lapatinib</i>	15	<i>lidocaine hcl</i>	92	MONTH)	16, 70
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	101	<i>lidocaine viscous</i>	92	LUPRON DEPOT (4	
<i>larin 1/20 (21)</i>	101	<i>lidocaine-prilocaine</i>	92	MONTH)	16
<i>larin 24 fe</i>	101	<i>linezolid</i>	94	LUPRON DEPOT (6	
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	101	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	93	MONTH)	16

LUPRON DEPOT-PED	70	MAXICOMFORT INSULIN		<i>methscopolamine</i>	64
LUPRON DEPOT-PED (3		SYRINGE	135	<i>methsuximide</i>	106
MONTH)	70	MAXI-COMFORT INSULIN		<i>methyl dopa</i>	38
<i>lurasidone</i>	34	SYRINGE	135	<i>methylphenidate hcl</i>	51, 52
<i>lutea (28)</i>	101	MAXI-COMFORT INSULIN		<i>methylprednisolone</i>	69
LYBALVI	34	SYRINGE	135	<i>methylprednisolone acetate</i>	
<i>lyleq</i>	101	MAXICOMFORT SAFETY		.....	69
<i>lyllana</i>	68	PEN NEEDLE	135	<i>methylprednisolone sodium</i>	
LYNPARZA	16	MAYZENT	51	<i>succ</i>	69
LYSODREN	16	MAYZENT STARTER(FOR		<i>metoclopramide hcl</i>	64
LYTGOBI	16	1MG MAINT)	51	<i>metolazone</i>	45
<i>lyza</i>	101	MAYZENT STARTER(FOR		<i>metoprolol succinate</i>	39
M		2MG MAINT)	51	<i>metoprolol ta-</i>	
MAGELLAN INSULIN		<i>meclizine</i>	29	<i>hydrochlorothiaz</i>	39
SAFETY SYRNG	135	<i>medroxyprogesterone</i>	71	<i>metoprolol tartrate</i>	39
MAGELLAN SYRINGE ...	135	<i>mefenamic acid</i>	88	<i>metronidazole</i> .. 61, 62, 93, 94	
<i>magnesium sulfate</i>	153	<i>mefloquine</i>	30	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	
<i>malathion</i>	62	<i>megestrol</i>	16, 71	.....	94
<i>maraviroc</i>	115	MEKINIST	16	<i>metyrosine</i>	41
<i>marlissa (28)</i>	102	MEKTOVI	16	<i>mexiletine</i>	38
<i>marnatal-f</i>	159	<i>meloxicam</i>	88	<i>miconazole-3</i>	112
MARPLAN	109	<i>memantine</i>	23	MICRODOT INSULIN PEN	
MATULANE	16	MENACTRA (PF)	78	NEEDLE	135
<i>matzim la</i>	40	MENQUADFI (PF)	78	MICRODOT READYGARD	
MAVENCLAD (10 TABLET		MENVEO A-C-Y-W-135-DIP		PEN NEEDLE	135
PACK)	51	(PF)	78	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i> ...	102
MAVENCLAD (4 TABLET		<i>mercaptopurine</i>	16	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	102
PACK)	51	<i>meropenem</i>	94	<i>microgestin 24 fe</i>	102
MAVENCLAD (5 TABLET		<i>merzee</i>	102	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	102
PACK)	51	<i>mesalamine</i>	47	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i> ..	102
MAVENCLAD (6 TABLET		MESNEX	86	<i>midazolam</i>	22
PACK)	51	<i>metadate er</i>	51	<i>midodrine</i>	38
MAVENCLAD (7 TABLET		<i>metformin</i>	24	<i>mifepristone</i>	24
PACK)	51	<i>methadone</i>	90	<i>miglitol</i>	24
MAVENCLAD (8 TABLET		<i>methadose</i>	90	<i>miglustat</i>	157
PACK)	51	<i>methazolamide</i>	81	<i>mili</i>	102
MAVENCLAD (9 TABLET		<i>methenamine hippurate</i>	94	MILLIPRED DP	69
PACK)	51	<i>methimazole</i>	66	<i>mimvey</i>	68
MAVYRET	117	<i>methocarbamol</i>	158	MINI ULTRA-THIN II	136
MAXICOMFORT II PEN		<i>methotrexate sodium</i>	16	<i>minocycline</i>	98
NEEDLE	135	<i>methotrexate sodium (pf)</i> ..	16	<i>minoxidil</i>	46
		<i>methoxsalen</i>	61	<i>mirtazapine</i>	109

<i>misoprostol</i>	63	<i>nadolol</i>	39	<i>nitazoxanide</i>	30
M-M-R II (PF)	78	<i>nafcilin</i>	97	<i>nitisinone</i>	157
<i>m-natal plus</i>	159	<i>naloxone</i>	21	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	94
<i>modafinil</i>	48	<i>naltrexone</i>	21	<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i>	
<i>moexipril</i>	45	NAMZARIC	23	<i>cryst</i>	94
<i>molindone</i>	34	<i>naproxen</i>	89	<i>nitroglycerin</i>	46, 86
<i>mometasone</i>	59, 84	<i>naratriptan</i>	28	<i>niva-plus</i>	159
<i>mondoxyne nl</i>	98	NATACYN	82	NIVESTYM.....	156
MONOJECT INSULIN		<i>nateglinide</i>	24	<i>nizatidine</i>	63
SAFETY SYRINGE.....	136	NATPARA	48	<i>nora-be</i>	102
MONOJECT INSULIN		NAYZILAM	106	NORDITROPIN FLEXPRO 70	
SYRINGE	136, 137	<i>nebivolol</i>	39	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	
MONOJECT SYRINGE ...	136	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	102	.....	102
MONOJECT ULTRA		<i>nefazodone</i>	110	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	
COMFORT INSULIN ...	148	<i>neomycin</i>	93	.....	102
<i>mono-linyah</i>	102	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>		<i>norethindrone acetate</i>	71
<i>montelukast</i>	55	.....	82	<i>norethindrone ac-eth</i>	
<i>morphine</i>	90	<i>neomycin-bacitracin-</i>		<i>estradiol</i>	68, 102
MORPHINE.....	90	<i>polymyxin</i>	82	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	
<i>morphine concentrate</i>	90	<i>neomycin-polymyxin b-</i>		.....	102
MOUNJARO.....	24	<i>dexameth</i>	82	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	
MOVANTIK	64	<i>neomycin-polymyxin-</i>		.....	102
<i>moxifloxacin</i>	82, 97	<i>gramicidin</i>	82	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	102
<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-</i>		<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	82	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	102
<i>water</i>	97	<i>neo-polycin</i>	82	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	102
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>		<i>neo-polycin hc</i>	82	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	102
.....	97	NERLYNX	16	<i>nortriptyline</i>	110
MRESVIA (PF).....	78	<i>neuac</i>	62	NORVIR	115
MULTAQ	38	NEULASTA	156	NOVOFINE 30.....	137
<i>mupirocin</i>	62	NEUPRO.....	31	NOVOFINE 32.....	137
<i>mycophenolate mofetil</i>	75	<i>nevirapine</i>	115	NOVOFINE PLUS	137
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>		<i>newgen</i>	159	NOVOLIN 70/30 U-100	
.....	75	NEXLETOL	43	INSULIN	26
<i>mycophenolate sodium</i>	75	NEXLIZET	43	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	
<i>mynatal</i>	159	<i>niacin</i>	43, 44	U-100.....	26
<i>mynatal advance</i>	159	<i>niacor</i>	44	NOVOLIN N FLEXPEN	26
<i>mynatal plus</i>	159	<i>nicardipine</i>	42	NOVOLIN N NPH U-100	
<i>mynatal-z</i>	159	NICOTROL.....	21	INSULIN	26
<i>mynate 90 plus</i>	159	<i>nifedipine</i>	42	NOVOLIN R FLEXPEN	26
MYRBETRIQ.....	66	<i>nikki (28)</i>	102	NOVOLIN R REGULAR	
N		<i>nilutamide</i>	16	U100 INSULIN	26
<i>nabumetone</i>	89	NINLARO	16	NOVOTWIST	137

NOXAFIL.....	112	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5).....	137	PALYNZIQ	158
NUBEQA.....	16	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	137	PANRETIN	61
NUCALA.....	53	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	137	<i>pantoprazole</i>	63
NUPLAZID	34	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	137	<i>paricalcitol</i>	48
NURTEC ODT.....	28	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	137	<i>paroex oral rinse</i>	57
NUTRILIPID	37	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	137	<i>paromomycin</i>	30
<i>nyamyc</i>	112	<i>ondansetron</i>	29	<i>paroxetine hcl</i>	110
<i>nylia 1/35 (28)</i>	102	<i>ondansetron hcl</i>	29	PAXLOVID	117
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	103	<i>ondansetron hcl (pf)</i>	29	<i>pazopanib</i>	17
<i>nymyo</i>	103	ONGENTYS	31	PEDIARIX (PF).....	78
<i>nystatin</i>	112	ONUREG	17	PEDVAX HIB (PF).....	78
<i>nystatin-triamcinolone</i>	112	OPSUMIT.....	87	<i>peg 3350-electrolytes</i>	65
<i>nystop</i>	112	<i>oralone</i>	57	PEGASYS	117
NYVEPRIA.....	157	ORENCIA.....	75	<i>peg-electrolyte soln</i>	65
O		ORENCIA CLICKJECT	75	PEMAZYRE	17
<i>obstetrix dha</i>	159	ORFADIN	158	PEN NEEDLE 131, 137, 138, 139	
<i>obstetrix dha prenatal duo</i>	159	ORGOVYX.....	70	PEN NEEDLE, DIABETIC 124, 135, 136, 137, 139	
<i>o-cal prenatal</i>	159	ORILISSA.....	70	PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY.....	140
OICALIVA.....	64	ORKAMBI.....	53	PENBRAYA (PF).....	79
<i>ocella</i>	103	ORSERDU	17	<i>penciclovir</i>	61
OCTAGAM.....	75	<i>oseltamivir</i>	117	<i>penicillamine</i>	92
<i>octreotide acetate</i>	70	OSMOLEX ER	31	<i>penicillin g potassium</i>	97
ODEFSEY.....	115	OTEZLA	76	<i>penicillin g procaine</i>	97
ODOMZO	16	OTEZLA STARTER	76	<i>penicillin v potassium</i>	97
OFEV	53	<i>oxandrolone</i>	67	PENTACEL (PF)	79
<i>ofloxacin</i>	83	<i>oxazepam</i>	22	<i>pentamidine</i>	30
OGSIVEO.....	16, 17	<i>oxcarbazepine</i>	106	PENTIPS.....	138
OJEMDA.....	17	<i>oxybutynin chloride</i>	66	<i>pentoxifylline</i>	156
OJJAARA.....	17	<i>oxycodone</i>	90, 91	<i>perindopril erbumine</i>	45
<i>olanzapine</i>	34	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	91	<i>periogard</i>	57
<i>olmesartan</i>	41	OXYCONTIN.....	91	<i>permethrin</i>	62
<i>olmesartan-amlodipin- hcthiazyd</i>	42	<i>oxymorphone</i>	91	<i>perphenazine</i>	35
<i>olmesartan- hydrochlorothiazide</i>	42	OZEMPIC.....	24	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	110
<i>olopatadine</i>	85	P		PERSERIS	35
OLUMIANT.....	75	<i>pacerone</i>	38	<i>pfizerpen-g</i>	97
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> .	44	<i>paliperidone</i>	35	<i>phenelzine</i>	110
<i>omeprazole</i>	63			<i>phenobarbital</i>	106, 107
<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	63			<i>phenylephrine hcl</i>	38

<i>phenytoin</i>	107	PRADAXA	155	PRIMAQUINE	30
<i>phenytoin sodium extended</i>		PRALUENT PEN.....	44	<i>primidone</i>	107
.....	107	<i>pramipexole</i>	31	PRIORIX (PF).....	79
<i>philit</i>	103	<i>prasugrel</i>	156	PRIVIGEN.....	76
PHOSLYRA.....	65	<i>pravastatin</i>	44	PRO COMFORT ALCOHOL	
PIFELTRO.....	115	<i>prazosin</i>	38	PADS.....	61
<i>pilocarpine hcl</i>	57, 81	<i>prednicarbate</i>	59	PRO COMFORT INSULIN	
<i>pimecrolimus</i>	59	<i>prednisolone</i>	69	SYRINGE	138
<i>pimozide</i>	35	<i>prednisolone acetate</i>	84	PRO COMFORT PEN	
<i>pimtree (28)</i>	103	<i>prednisolone sodium</i>		NEEDLE	138, 139
<i>pindolol</i>	39	<i>phosphate</i>	69, 84	PROAIR RESPICLICK	56
<i>pioglitazone</i>	24	<i>prednisone</i>	69	<i>probenecid</i>	27
<i>pioglitazone-metformin</i>	24	PREDNISONE INTENSOL	69	<i>probenecid-colchicine</i>	27
PIP PEN NEEDLE.....	138	<i>pregabalin</i>	107	<i>procainamide</i>	38
<i>piperacillin-tazobactam</i>	97	PREHEVBRIO (PF).....	79	<i>prochlorperazine</i>	29
PIQRAY	17	PREMARIN	68	<i>prochlorperazine maleate</i> ..	29
<i>pirfenidone</i>	53	PREMPHASE.....	68	<i>procto-med hc</i>	59
<i>pirmella</i>	103	PREMPRO	68	<i>proctosol hc</i>	59
<i>piroxicam</i>	89	<i>prena1 true</i>	159	<i>proctozone-hc</i>	59
<i>pitavastatin calcium</i>	44	<i>prenaissance</i>	159	PRODIGY INSULIN	
PLASMA-LYTE 148	153	<i>prenaissance plus</i>	159	SYRINGE	139
PLASMA-LYTE A.....	153	<i>prenatabs fa</i>	159	<i>progesterone</i>	71
PLEGRIDY	52	<i>prenatal 19</i>	160	<i>progesterone micronized</i> ...	71
<i>pnv 29-1</i>	159	<i>prenatal 19 (with docusate)</i>		PROGRAF	76
<i>pnv-dha + docusate</i>	159	.....	159	PROLASTIN-C	53
<i>pnv-omega</i>	159	<i>prenatal low iron</i>	160	PROLENSA.....	84
<i>podofilox</i>	61	<i>prenatal plus</i>	160	PROLIA	48
<i>polycin</i>	83	<i>prenatal plus (calcium carb)</i>		PROMACTA.....	157
<i>polymyxin b sulfate</i>	94	.....	159	<i>promethazine</i>	30, 113
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>		<i>prenatal vitamin plus low iron</i>		<i>promethegan</i>	30
.....	83	.....	160	<i>propafenone</i>	38
POMALYST.....	17	<i>prenatal-u</i>	160	<i>proparacaine</i>	85
<i>portia 28</i>	103	<i>preplus</i>	160	<i>propranolol</i>	39
<i>posaconazole</i>	112	<i>pretab</i>	160	<i>propranolol-</i>	
<i>potassium chloride</i>	153	PRETOMANID	113	<i>hydrochlorothiazid</i>	39
<i>potassium chloride-0.45 %</i>		<i>prevalite</i>	44	<i>propylthiouracil</i>	66
<i>nacl</i>	154	PREVENT DROPSAFE PEN		PROQUAD (PF)	79
<i>potassium citrate</i>	154	NEEDLE	138	PROSOL 20 %	37
<i>pr natal 400</i>	159	PREVYMIS.....	117	<i>protriptiline</i>	110
<i>pr natal 400 ec</i>	159	PREZCOBIX	115	PULMOZYME	158
<i>pr natal 430</i>	159	PREZISTA.....	115	PURE COMFORT ALCOHOL	
<i>pr natal 430 ec</i>	159	PRIFTIN	113	PADS.....	61

PURE COMFORT PEN	REPATHA SYRINGE	SAFETY PEN NEEDLE...
NEEDLE	44	140
PURE COMFORT SAFETY	RETACRIT	SAIZEN
PEN NEEDLE.....	157	70
PURIXAN	RETEVMO	<i>sajazir</i>
17	17	41
<i>pyrazinamide</i>	REVCovi.....	SANTYL
113	158	61
<i>pyridostigmine bromide</i>	REXULTI	<i>sapropterin</i>
86	35	158
<i>pyrimethamine</i>	REYATAZ.....	SAVELLA
30	115	52
Q	REZLIDHIA	SCEMBLIX
QINLOCK.....	17	18
17	REZUROCK.....	<i>scopolamine base</i>
QUADRACEL (PF).....	76	30
79	RHOPRESSA.....	SECUADO
<i>quetiapine</i>	81	35
35	<i>ribavirin</i>	SECURESAFE INSULIN
<i>quinapril</i>	118	SYRINGE
46	RIDAURA.....	140
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	<i>rifabutin</i>	SECURESAFE PEN
.....	113	NEEDLE
46	<i>rifampin</i>	140
<i>quinidine gluconate</i>	<i>rilpivirine</i>	<i>select-ob</i>
38	115	160
<i>quinidine sulfate</i>	<i>riluzole</i>	<i>select-ob (folic acid)</i>
39	52	160
<i>quinine sulfate</i>	<i>rimantadine</i>	<i>selegiline hcl</i>
30	117	32
QULIPTA.....	RINVOQ.....	<i>selenium sulfide</i>
28	76	62
R	<i>risedronate</i>	SELZENTRY
RABAVERT (PF).....	48	115, 116
79	RISPERDAL CONSTA.....	SEMGLEE(INSULIN
<i>rabeprazole</i>	35	GLARGINE-YFGN).....
63	<i>risperidone</i>	26
RADICAVA.....	35	SEMGLEE(INSULIN
52	<i>ritonavir</i>	GLARG-YFGN)PEN
<i>raloxifene</i>	115	27
68	<i>rivastigmine</i>	<i>se-natal 19 chewable</i>
<i>ramipril</i>	23	160
46	<i>rivastigmine tartrate</i>	SEREVENT DISKUS.....
<i>ranolazine</i>	23	56
41	<i>rizatriptan</i>	SEROSTIM
<i>rasagiline</i>	28	70
31	<i>r-natal ob</i>	<i>sertraline</i>
RASUVO (PF).....	160	110
76	ROCKLATAN	<i>setlakin</i>
RAVICTI	81	103
64	<i>roflumilast</i>	<i>sevelamer carbonate</i>
RAYALDEE	53	65
48	<i>ropinirole</i>	<i>sevelamer hcl</i>
<i>reclipsen (28)</i>	31	65
103	<i>rosadan</i>	103
RECOMBIVAX HB (PF)	<i>rosuvastatin</i>	SHINGRIX (PF).....
79	44	79
RECTIV	ROTARIX	SIGNIFOR.....
86	79	70
REGRANEX	ROTATEQ VACCINE	SIKLOS
61	79	154
RELENZA DISKHALER ..	ROZLYTREK.....	<i>sildenafil</i>
117	17	87
RELEUKO	RUBRACA.....	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>
157	18	.....
RELION NEEDLES	<i>rufinamide</i>	87
140	107	<i>silodosin</i>
RELION PEN NEEDLES. 140	RUKOBIA.....	65
RELISTOR	115	<i>silver sulfadiazine</i>
64	RYBELSUS	62
<i>repaglinide</i>	24	SIMBRINZA.....
24	RYDAPT.....	81
REPATHA PUSHTRONEX 44	18	<i>simliya (28)</i>
REPATHA SURECLICK.... 44	32	103
	S	<i>simpesse</i>
	SAFESNAP INSULIN	103
	SYRINGE	<i>simvastatin</i>
	140	44

<i>sirolimus</i>	76	<i>streptomycin</i>	93	<i>syeda</i>	103
SIRTURO.....	113	STRIBILD.....	116	SYMBICORT.....	55
SKY SAFETY PEN NEEDLE	140	STRIVERDI RESPIMAT....	56	SYMDEKO.....	53
SKYRIZI.....	76	SUBLOCADE.....	21	SYMJEPI.....	41
SLYND.....	103	<i>subvenite</i>	107	SYMLINPEN 120.....	24
<i>sodium chloride 0.45 %</i> ...	154	<i>sucrafate</i>	63	SYMLINPEN 60.....	24
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	154	<i>sulfacetamide sodium</i>	83	SYMPAZAN.....	107
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ..	57	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	62	SYMTUZA.....	116
<i>sodium oxybate</i>	48	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	83	SYNAREL.....	71
<i>sodium phenylbutyrate</i>	64	<i>sulfadiazine</i>	97	SYNJARDY.....	24
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	64	<i>sulfamethoxazole-</i> <i>trimethoprim</i>	97	SYNJARDY XR.....	24
<i>sodium,potassium,mag</i> <i>sulfates</i>	65	<i>sulfasalazine</i>	47	SYNRIBO.....	18
<i>solifenacin</i>	66	<i>sulfatrim</i>	97	SYNTHROID.....	66
SOLQUA 100/33.....	27	<i>sulindac</i>	89	SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY.....	140
SOLTAMOX.....	18	<i>sumatriptan</i>	28	T	
SOMATULINE DEPOT.....	71	<i>sumatriptan succinate</i>	28	TABLOID.....	18
SOMAVERT.....	71	<i>sumatriptan-naproxen</i>	28	TABRECTA.....	18
<i>sorafenib</i>	18	<i>sunitinib malate</i>	18	<i>tacrolimus</i>	59, 76
<i>sorine</i>	39	SUNLENCA.....	116	<i>tadalafil</i>	87
<i>sotalol</i>	39	SUNOSI.....	48	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>	87
<i>sotalol af</i>	39	SUPREP BOWEL PREP KIT	65	TAFINLAR.....	18
SPIRIVA RESPIMAT.....	56	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS.....	61	<i>tafluprost (pf)</i>	81
SPIRIVA WITH HANDIHALER.....	56	SURE COMFORT INS. SYR. U-100.....	140	TAGRISSE.....	18
<i>spironolactone</i>	45	SURE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	141	TAKHZYRO.....	86
<i>spironolacton-</i> <i>hydrochlorothiaz</i>	45	SURE COMFORT PEN NEEDLE.....	141	TALTZ AUTOINJECTOR..	76
SPRAVATO.....	110	SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	140	TALTZ SYRINGE.....	76
<i>sprintec (28)</i>	103	SURE-FINE PEN NEEDLES	141	TALZENNA.....	18
SPRITAM.....	107	SURE-JECT INSULIN SYRINGE.....	141, 142	<i>tamoxifen</i>	18
SPRYCEL.....	18	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS.....	61	<i>tamsulosin</i>	65
<i>sps (with sorbitol)</i>	64	SUTAB.....	65	<i>tarina 24 fe</i>	103
<i>sronyx</i>	103			<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	103
<i>ssd</i>	62			<i>taron-c dha</i>	160
<i>stavudine</i>	116			<i>taron-prex prenatal-dha</i> ...	160
STELARA.....	76			TASCENSO ODT.....	52
STERILE PADS.....	140			TASIGNA.....	18
STIOLTO RESPIMAT.....	56			<i>tasimelteon</i>	48
STIVARGA.....	18			TAVALISSE.....	154
				<i>tazarotene</i>	62
				<i>tazicef</i>	95
				TAZORAC.....	62

TAZVERIK.....	18	<i>thiothixene</i>	35	<i>trandolapril-verapamil</i>	46
TDVAX.....	79	<i>tiadylt er</i>	40	<i>tranexamic acid</i>	154
TECHLITE INSULIN		<i>tiagabine</i>	107	<i>tranylcypromine</i>	110
SYRINGE.....	142	TIBSOVO.....	18	TRAVASOL 10 %.....	37
TECHLITE INSULN		TICE BCG.....	19	<i>travoprost</i>	81
SYR(HALF UNIT).....	142	TICOVAC.....	80	<i>trazodone</i>	110
TECHLITE PEN NEEDLE		<i>tigecycline</i>	98	TRECATOR.....	113
.....	142, 143	<i>tilia fe</i>	103	TRELEGY ELLIPTA.....	57
TECHLITE PLUS PEN		<i>timolol maleate</i>	39, 81	TRELSTAR.....	19
NEEDLE.....	143	<i>tinidazole</i>	30	TREMFYA.....	76, 77
TEFLARO.....	95	<i>tiopronin</i>	65	<i>treprostinil sodium</i>	87
<i>telmisartan</i>	42	<i>tiotropium bromide</i>	57	<i>tretinoin</i>	62
<i>telmisartan-amlodipine</i>	42	TIROSINT.....	67	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	19
<i>telmisartan-</i>		TIROSINT-SOL.....	67	<i>triamcinolone acetonide</i> ... 57,	
<i>hydrochlorothiazid</i>	42	TIVICAY.....	116	59, 69	
<i>temazepam</i>	22	TIVICAY PD.....	116	<i>triamterene-</i>	
TEMIXYS.....	116	<i>tizanidine</i>	158	<i>hydrochlorothiazid</i>	45
<i>tencon</i>	91	TOBI PODHALER.....	93	<i>trianex</i>	59
TENIVAC (PF).....	79	<i>tobramycin</i>	83, 93	<i>triazolam</i>	22
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>		<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> 93		<i>tridacaine ii</i>	92
.....	116	<i>tobramycin sulfate</i>	93	<i>triderm</i>	59
TEPMETKO.....	18	<i>tobramycin-dexamethasone</i>		<i>trientine</i>	92
<i>terazosin</i>	65	.....	83	<i>tri-estarylla</i>	103
<i>terbinafine hcl</i>	112	<i>tolterodine</i>	66	<i>trifluoperazine</i>	35
<i>terbutaline</i>	56	TOPCARE CLICKFINE ...	143	<i>trifluridine</i>	83
<i>terconazole</i>	93	TOPCARE ULTRA		<i>trihexyphenidyl</i>	32
<i>teriflunomide</i>	52	COMFORT.....	144	TRIJARDY XR.....	25
<i>teriparatide</i>	48	<i>topiramate</i>	107	TRIKAFTA.....	54
TERUMO INSULIN		<i>toremifene</i>	19	<i>tri-legest fe</i>	103
SYRINGE.....	143	<i>torpenz</i>	19	<i>tri-linyah</i>	103
<i>testosterone</i>	67	<i>torse mide</i>	45	<i>tri-lo-estarylla</i>	103
<i>testosterone cypionate</i>	67	TOUJEO MAX U-300		<i>tri-lo-marzia</i>	103
<i>testosterone enanthate</i>	67	SOLOSTAR.....	27	<i>tri-lo-mili</i>	103
TETANUS,DIPHThERIA		TOUJEO SOLOSTAR U-300		<i>tri-lo-sprintec</i>	104
TOX PED(PF).....	80	INSULIN.....	27	<i>trimethoprim</i>	94
<i>tetrabenazine</i>	52	TPN ELECTROLYTES... 154		<i>tri-mili</i>	104
<i>tetracycline</i>	98	TPN ELECTROLYTES II. 154		<i>trimipramine</i>	110
THALOMID.....	86	TRACLEER.....	87	TRINTELLIX.....	110
<i>theophylline</i>	57	TRADJENTA.....	25	<i>tri-nymyo</i>	104
THINPRO INSULIN		<i>tramadol</i>	91	<i>tri-sprintec (28)</i>	104
SYRINGE.....	143	<i>tramadol-acetaminophen</i> ... 91		TRIUMEQ.....	116
<i>thioridazine</i>	35	<i>trandolapril</i>	46	TRIUMEQ PD.....	116

<i>triveen-duo dha</i>	160	UDENYCA AUTOINJECTOR		ULTRA-THIN II INSULIN	
<i>trivora (28)</i>	104	.....	157	SYRINGE	150
<i>tri-vylibra</i>	104	ULTICARE	146, 147	UNIFINE PEN NEEDLE ..	150
<i>tri-vylibra lo</i>	104	ULTICARE INSULIN		UNIFINE PENTIPS..	137, 150
TRIZIVIR	116	SYRINGE	146	UNIFINE PENTIPS	
TROPHAMINE 10 %.....	37	ULTICARE INSULN		MAXFLOW	150
<i>trosipium</i>	66	SYR(HALF UNIT)	146	UNIFINE PENTIPS PLUS	151
TRUE COMFORT ALCOHOL		ULTICARE PEN NEEDLE		UNIFINE PENTIPS PLUS	
PADS.....	61	.....	146, 147	MAXFLOW	151
TRUE COMFORT INSULIN		ULTICARE SAFETY PEN		UNIFINE PROTECT.....	151
SYRINGE	144	NEEDLE	147	UNIFINE SAFECONTROL	
TRUE COMFORT PEN		ULTIGUARD SAFEPACK-		.....	151
NEEDLE	144, 145	INSULIN SYR.....	147, 148	UNIFINE SAFECONTROL	
TRUE COMFORT PRO		PEN NEEDLE	147	PEN NEEDLE.....	151
ALCOHOL PADS.....	61	ULTIGUARD SAFEPACK-		UNIFINE ULTRA PEN	
TRUE COMFORT PRO INS		PEN NEEDLE	147	NEEDLE	151
SYRINGE	144, 145	ULTILET ALCOHOL SWAB		UPTRAVI.....	87
TRUE COMFORT SAFE		.....	61	<i>ursodiol</i>	64
INSULIN SYRG ...	144, 145	ULTILET INSULIN SYRINGE		UZEDY	36
TRUE COMFORT SAFETY		.....	133, 148	V	
PEN NEEDLE.....	144	ULTILET PEN NEEDLE ..	148	<i>valacyclovir</i>	118
TRUEPLUS INSULIN.....	145,	ULTRA CMFT INS SYR		VALCHLOR.....	61
146		(HALF UNIT).....	131, 140	<i>valganciclovir</i>	118
TRUEPLUS PEN NEEDLE		ULTRA COMFORT INSULIN		<i>valproic acid</i>	107
.....	145	SYRINGE	127, 131, 148	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	
TRULICITY.....	25	ULTRA FLO INSUL		.....	107
TRUMENBA	80	SYR(HALF UNIT)	148	<i>valsartan</i>	42
TRUQAP	19	ULTRA FLO INSULIN		<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	
TUKYSA.....	19	SYRINGE	149	.....	42
<i>tulana</i>	104	ULTRA FLO PEN NEEDLE		VALTOCO	107
TURALIO.....	19	.....	148, 149	<i>vancomycin</i>	94
<i>turqoz (28)</i>	104	ULTRA THIN PEN NEEDLE		VANFLYTA.....	19
TWINRIX (PF).....	80	.....	149	VANISHPOINT INSULIN	
<i>tyblume</i>	104	ULTRACARE INSULIN		SYRINGE	152
TYBOST	86	SYRINGE	149	VANISHPOINT SYRINGE	
TYMLOS	48	ULTRACARE PEN NEEDLE		.....	152
TYPHIM VI	80	.....	149, 150	VAQTA (PF)	80
TYVASO.....	87	ULTRA-THIN II (SHORT) INS		<i>varenicline</i>	21
U		SYR	150	VARIVAX (PF).....	80
UBRELVY	28	ULTRA-THIN II (SHORT)		VAXCHORA VACCINE	80
UCERIS	47	PEN NDL	150	<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	
UDENYCA.....	157	ULTRA-THIN II INS PEN		.....	104
		NEEDLES.....	150		

VELPHORO	65	VIZIMPRO	19	XOLAIR	54
VELTASSA.....	64	VOCABRIA.....	116	XOSPATA	20
VEMLIDY	116	<i>volnea (28)</i>	104	XPOVIO	20
VENCLEXTA.....	19	VONJO	19	XTAMPZA ER	91
VENCLEXTA STARTING		<i>voriconazole</i>	112	XTANDI	20
PACK.....	19	VOSEVI.....	117	<i>xulane</i>	104
<i>venlafaxine</i>	110	VOTRIENT	19	XULTOPHY 100/3.6	27
<i>venlafaxine besylate</i>	110	VOWST	86	XYOSTED	67
<i>verapamil</i>	40	<i>vp-ch-pnv</i>	160	XYREM	48
VERIFINE INSULIN		<i>vp-pnv-dha</i>	160	Y	
SYRINGE	152	VRAYLAR	36	<i>yargesa</i>	158
VERIFINE PEN NEEDLE	152	VUMERITY.....	52	YF-VAX (PF)	80
VERIFINE PLUS PEN		<i>vyfemla (28)</i>	104	YONSA.....	20
NEEDLE	152	<i>vylibra</i>	104	YUSIMRY(CF) PEN	77
VERIFINE PLUS PEN		VYZULTA.....	81	<i>yuvafem</i>	68
NEEDLE-SHARP.....	152	W		Z	
VERQUVO	41	<i>warfarin</i>	155	<i>zafemy</i>	104
VERSACLOZ	36	WEBCOL.....	61	<i>zafirlukast</i>	55
VERSALON.....	152	WELIREG.....	20	<i>zaleplon</i>	48
VERZENIO.....	19	<i>wera (28)</i>	104	<i>zarah</i>	104
<i>vestura (28)</i>	104	<i>wixela inhub</i>	55	ZARXIO	157
V-GO 20	152	X		<i>zatean-pn dha</i>	160
V-GO 30	153	XADAGO.....	32	<i>zatean-pn plus</i>	160
V-GO 40	153	XALKORI.....	20	<i>zebutal</i>	91
<i>vienna</i>	104	XARELTO	155	ZEGALOGUE	
<i>vigabatrin</i>	107	XARELTO DVT-PE TREAT		AUTOINJECTOR.....	86
<i>vigadrone</i>	108	30D START	155	ZEGALOGUE SYRINGE...	86
VIGAFYDE	108	XATMEP	20	ZEJULA.....	20
<i>vigpoder</i>	108	XCOPRI	108	ZELBORAF	20
VIIBRYD.....	111	XCOPRI MAINTENANCE		<i>zenatane</i>	61
<i>vilazodone</i>	111	PACK.....	108	ZENPEP	158
<i>viorele (28)</i>	104	XCOPRI TITRATION PACK		<i>zidovudine</i>	116
VIRACEPT	116	.....	108	ZIEXTENZO	157
VIREAD.....	116	XELJANZ	77	<i>zingiber</i>	160
<i>virt-c dha</i>	160	XELJANZ XR	77	<i>ziprasidone hcl</i>	36
<i>virt-nate dha</i>	160	XERMELO.....	64	<i>ziprasidone mesylate</i>	36
<i>virt-pn dha</i>	160	XGEVA.....	48	ZIRGAN.....	83
<i>virt-pn plus</i>	160	XHANCE	84	ZOLADEX	20
<i>vitafol gummies</i>	160	XIFAXAN.....	94	<i>zoledronic acid-mannitol-</i>	
<i>vitafol nano</i>	160	XIGDUO XR	25	<i>water</i>	48
<i>vitafol-ob+dha</i>	160	XIIDRA	84	ZOLINZA	20
VITRAKVI.....	19	XOFLUZA.....	117	<i>zolmitriptan</i>	28

<i>zolpidem</i>	49	ZTALMY	108	ZYKADIA.....	20
ZOMACTON.....	71	ZTLIDO	92	ZYLET	83
ZONISADE.....	108	<i>zumandimine (28)</i>	104	ZYPREXA RELPREVV	36
<i>zonisamide</i>	108	ZURZUVAE.....	111		
<i>zovia 1-35 (28)</i>	104	ZYDELIG.....	20		

Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-969-5366. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-969-5366. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-969-5366。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-969-5366。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-969-5366. Maaari kayong tulungan ng isang nakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-969-5366. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-969-5366 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-969-5366. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-969-5366 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-969-5366. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديكم حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-969-5366 يمكن لشخص يتحدث الإنجليزية / اللغة مساعدتك. هذه خدمة مجانية.



Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-969-5366 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-969-5366. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-969-5366. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-969-5366. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-969-5366. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには 1-844-969-5366 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。





Este formulario se actualizó el 10/22/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros de Leon Health al (844)969-5366, o al número local (305)541-5366. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), 8 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana desde el 1ero de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes el resto del año, o visite www.leonhealth.com.