



Formulario Completo 2023

# Oregon

*Condados de Douglas, Jackson,  
Josephine, Klamath, Marion y Polk*

---

**ATRIO Choice Rx (PPO)      ATRIO Select Rx (PPO)**  
**ATRIO Prime Rx (PPO)**

---

1 de Enero de 2023 - 31 de Diciembre de 2023



## ATRIO Choice Rx (PPO) ATRIO Prime Rx (PPO)

# Lista de medicamentos cubiertos 2023

### LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Presentación del archivo de la lista de medicamentos cubiertos aprobado por HPMS 23416, número de versión 15

La lista de medicamentos cubiertos se actualizó el 08/22/2023.

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

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina (Parte D)** - No pagará más de \$ 35, mientras esté en la brecha de cobertura, por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costos compartidos se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de ATRIO Health Plans llamando al **1-877-672-8620** (TTY 711), todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, o visite [atriohp.com/oregon/find-a-drug](https://atriohp.com/oregon/find-a-drug).

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

Cuando en esta lista de medicamentos cubiertos diga “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa ATRIO Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa ATRIO Choice Rx (PPO), ATRIO Select Rx (PPO) o ATRIO Prime Rx (PPO).

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos de nuestro plan, que está actualizada hasta el 09/01/2023. Para obtener una lista de medicamentos cubiertos actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las portadas y contraportadas

Generalmente debe usar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, la lista de medicamentos cubiertos, la red de farmacias o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024 y ocasionalmente durante el año.

Fecha de vigencia de última actualización: 09/01/2023

## ¿Qué es la Lista de medicamentos cubiertos de ATRIO Health Plans?

La lista de medicamentos cubiertos son los medicamentos que ATRIO Health Plans selecciona consultándolo con un equipo de proveedores de atención médica, que representan las terapias recetadas que se cree que son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. ATRIO Health Plans generalmente cubre los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos durante el tiempo que el medicamento sea medicamento necesario, se adquiera en una farmacia de la red de ATRIO Health Plans y se cumplan otras normas del plan. Para obtener más información de cómo surtir sus medicamentos con receta revise la *Evidencia de cobertura*.

## ¿Puede cambiar la lista de medicamentos cubiertos?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se hacen el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, cambiarlos a diferentes niveles de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Debemos cumplir las normas de Medicare para hacer esos cambios.

**Cambios que pueden afectarlo este año.** Los cambios durante el año en la cobertura pueden afectarlo en estos casos:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos retirar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo estamos sustituyendo con un nuevo medicamento genérico que estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir que conservaremos 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, puede ser que no le avisemos con antelación antes de hacer ese cambio, pero después le daremos la información sobre los cambios específicos que hicimos.
  - Si hacemos uno de esos cambios, usted o el proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le daremos incluirá la información de las medidas que puede tomar para solicitar una excepción y también hay información en la sección de abajo titulada “¿Cómo solicito una excepción de la lista de medicamentos cubiertos de ATRIO Health Plans?”
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestra lista de medicamentos cubiertos no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitaremos inmediatamente de nuestra lista de medicamentos cubiertos y les avisaremos a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que toman actualmente un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para sustituir un medicamento de marca que está actualmente en la lista de medicamentos cubiertos o nuevas restricciones para el medicamento de marca o pasarlo a un nivel de costos compartidos diferente, o ambos. O podemos hacer cambios basándonos en nuevas directrices clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestra lista de medicamentos cubiertos, agregamos autorización previa, limitamos cantidades o incluimos restricciones de terapia escalonada en un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos avisar del cambio a los miembros afectados con un mínimo de 30 días de antelación a que entre en vigencia el cambio o en el momento en que el miembro pida un resurtido del medicamento, cuando se le dará un suministro de 30 días del medicamento.
  - Si hacemos estos otros cambios, usted o el proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le daremos incluirá la información de cómo solicitar una excepción y también hay información en la sección de abajo titulada “¿Cómo solicito una excepción de la lista de medicamentos cubiertos de ATRIO Health Plans?”

**Cambios que no lo afectarán si está tomando actualmente el medicamento.** En general, si está tomando un medicamento de nuestra lista de medicamentos cubiertos 2022 que estaba cubierto a principios del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2023, excepto

como se describió arriba. Esto significa que esos medicamentos continuarán disponibles con los mismos costos compartidos y sin nuevas restricciones para los miembros que los estén tomando por el resto del año de cobertura. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del siguiente año lo afectarían tales cambios y es importante que revise en la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios si hubo algún cambio en los medicamentos.

La lista de medicamentos cubiertos adjunta está actualizada hasta el 09/01/2023. Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por ATRIO Health Plans. Nuestra información de contacto está en las páginas de la portada y la contracubierta.

ATRIO Health Plans actualizará mensualmente las listas de medicamentos cubiertos y presentará un documento con los cambios que se hicieron. La lista se publicará en [atriohp.com/Oregon/find-a-drug](https://atriohp.com/Oregon/find-a-drug) o se le puede enviar llamando al **1-877-672-8620** (TTY 711), todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

## ¿Cómo uso la Lista de medicamentos cubiertos?

Hay dos maneras de buscar el medicamento en la lista de medicamentos cubiertos:

### Condición médica

La lista de medicamentos cubiertos empieza en la página 1. Los medicamentos en esta lista de medicamentos cubiertos están agrupados en categorías según el tipo de condición médica para las que se usan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar una condición del corazón están bajo la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si usted sabe para qué se usa el medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego búsquelo bajo el nombre de la categoría de su medicamento.

### Listado en orden alfabético

Si no está seguro de la categoría donde tiene que buscar, deberá buscar el medicamento en el Índice que empieza en la página I-1. El índice tiene una lista en orden alfabético de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. En el Índice está la lista de medicamentos de marca y genéricos. Busque en el Índice para encontrar el medicamento. Al lado del medicamento está el número de la página donde está la información de la cobertura. Vaya a la página listada en el Índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

## ¿Qué son medicamentos genéricos?

ATRIO Health Plans cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. La FDA aprueba el medicamento genérico por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

## ¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener más requisitos o límites en la cobertura. Esos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** ATRIO Health Plans exige que usted o su médico obtengan la autorización previa para ciertos medicamentos. Eso significa que necesitará obtener la aprobación de ATRIO Health Plans antes de surtir los medicamentos. Si no obtiene la aprobación, ATRIO Health Plans puede no cubrir el medicamento.
- **Límites de cantidad:** ATRIO Health Plans limita la cantidad del medicamento que cubrirá de determinados medicamentos. Por ejemplo, ATRIO Health Plans cubre 30 por receta para simvastatin. Esto puede ser además del suministro estándar de un mes o de tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, ATRIO Health Plans le exige que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar la condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B sirven para tratar la condición médica que tiene, ATRIO Health Plans podría no cubrir el Medicamento B, a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no le funciona, ATRIO Health Plans cubrirá entonces el Medicamento B.

- **Revisión de la Parte B vs. parte D:** algunos medicamentos están cubiertos como parte de su parte B médica cobertura, y otros están cubiertos por su cobertura de la Parte D.

Puede saber si el medicamento tiene algún otro requisito o límite buscando en la lista de medicamentos cubiertos que empieza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea donde se explica nuestra autorización previa y las restricciones de la terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización de la lista de medicamentos cubiertos, está en la portada y en la contracubierta.

Puede pedirle a ATRIO Health Plans que hagan una excepción a esas restricciones o límites, o una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición médica. Vea la sección “¿Cómo solicito una excepción de la lista de medicamentos cubiertos de ATRIO Health Plans?” en la página v para obtener información de cómo solicitar una excepción.

### ¿Qué son medicamentos de venta libre (OTC)?

Los medicamentos de venta libre son medicamentos sin receta que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamento con receta de Medicare. ATRIO Health Plans paga ciertos medicamentos de venta libre. ATRIO Health Plans dará esos medicamentos de venta libre sin costo para usted. El costo de estos medicamentos de venta libre para ATRIO Health Plans no contará para sus costos totales de medicamentos de la Parte D (es decir, la cantidad que usted paga no cuenta para el período sin cobertura).

### Medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos

ATRIO cubre una cantidad limitada de medicamentos de venta libre según la lista de medicamentos cubiertos (que se muestran en la tabla de abajo).

#### Lista de medicamentos de venta libre cubiertos

Genérico Nombre	Solo por referencia (ATRIO solo cubre genéricos como OTC)	Forma de dosificación
Cetirizine	(Zyrtec)	Chewable Tablet, Solution, Tablet
Cetirizine/Pseudoephedrine	(Zyrtec-D)	12 Hour Tablet
Fexofenadine	(Allegra)	12 Hour Tablet, 24 Hour Tablet, Tablet Rapids, Suspension
Fexofenadine/Pseudoephedrine	(Allegra-D)	12 Hour Tablet, 24 Hour Tablet
Ketotifen	(Zaditor)	Ophthalmic Drops
Levocetirizine	(Xyzal)	Tablet
Loratadine	(Claritin)	Solution, Tablet, Tablet Rapids, Chewable Tablet
Loratadine/Pseudoephedrine	(Claritin-D)	12 Hour Tablet, 24 Hour Tablet
Nicotine	(Nicorelief, Nicoderm)	Patch, Gum, Lozenge
Olopatadine	(Pataday)	Ophthalmic Drops

Sin embargo, ATRIO Health Plans tiene cobertura de otros beneficios en medicamentos de venta libre. Usted recibirá un crédito trimestral por cualquier artículo de venta libre que elija del catálogo. El catálogo está en nuestro sitio web en [atriohp.com/extra-benefits](http://atriohp.com/extra-benefits). También puede llamar al **1-855-253-5768** para obtener más información.

La Administración de Alimentos y Medicamentos reporta que los medicamentos de venta libre son seguros siempre que se tomen como está indicado. **Algunos productos pueden ahorrarle dinero ofreciendo efectos terapéuticos similares.**

Hable con su proveedor de atención médica para saber si esa es la opción adecuada para usted. Estos son algunos ejemplos de medicamentos de venta libre populares que están disponibles mediante el catálogo:

- Analgésicos, incluyendo Tylenol (acetaminofén), ibuprofeno, parche de lidocaína y diclofenaco en gel
- Medicamentos para acidez, incluyendo Tums, Pepcid AC y Prisolec (omeprazole)
- Antihistamínicos/descongestionantes para síntomas de alergia o resfriado
- Gotas de ojos para lubricar o limpiar

## ¿Qué sucede si el medicamento no está en la lista de medicamentos cubiertos?

Si un medicamento no está incluido en esta lista de medicamentos cubiertos, deberá comunicarse primero con Servicio al Cliente y preguntar si el medicamento está cubierto.

Si resulta que ATRIO Health Plans no cubre el medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicio al Cliente la lista de medicamentos similares que estén cubiertos por ATRIO Health Plans. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por ATRIO Health Plans.
- Puede pedirle a ATRIO Health Plans que haga una excepción y cubra el medicamento. Vea abajo la información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Cómo solicito una excepción de la lista de medicamentos cubiertos de ATRIO Health Plans?

Puede pedirle a ATRIO Health Plans que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aun si no está en la lista de medicamentos cubiertos. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto en un nivel de costo compartido predeterminado y usted no podrá pedirnos que cubramos el medicamento en un nivel de costos compartidos más bajo.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento de la lista de medicamentos cubiertos en un nivel de costos compartidos más bajo (si el medicamento no está en un nivel de especialidad). Si se aprueba, esto disminuiría la cantidad que usted debe pagar por el medicamento.
- Puede pedirnos que renunciemos a las restricciones o límites de cobertura del medicamento. Por ejemplo, ATRIO Health Plans limita la cantidad que cubriremos de ciertos medicamentos. Si el medicamento que usted toma tiene límite de cantidad, puede pedirnos que renunciemos al límite y cubramos una cantidad mayor.

Generalmente, ATRIO Health Plans solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en la lista de medicamentos del plan, el medicamento con costo compartido menor o las restricciones adicionales de utilización no serían tan eficaces para tratar su condición o le causarían efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura inicial para una excepción de la lista de medicamentos cubiertos, nivel o restricción de utilización. **Cuando solicite una excepción de la lista de medicamentos cubiertos, nivel o restricción de utilización, deberá enviar una declaración del proveedor que receta o del médico apoyando la solicitud.** Normalmente debemos tomar la decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo del proveedor que receta. Puede solicitar una excepción expedita (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría perjudicarse seriamente por esperar hasta 72 horas para una decisión. Si se autoriza su solicitud de acelerar el proceso, debemos darle una decisión no más tarde de 24 horas después de que recibamos la declaración de apoyo de su médico o de otro proveedor que receta.

## ¿Qué debo hacer antes de que pueda hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o pedir una excepción?

Como miembro nuevo o que continúa en nuestro plan puede estar tomando medicamentos que no estén en nuestra lista de medicamentos cubiertos. También puede estar tomando un medicamento que está en nuestra lista de medicamentos cubiertos, pero su capacidad de obtenerlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite nuestra autorización previa antes de que pueda surtir su medicamento con receta. Es necesario que hable con su médico para decidir si deberá cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción de la lista de medicamentos cubiertos para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico para determinar el procedimiento adecuado para usted, en ciertos casos podemos cubrir el medicamento durante los primeros 90 días como miembro de nuestro plan.

Por cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestra lista de medicamentos cubiertos o si su capacidad de obtenerlos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar un suministro de medicamento para un máximo de 30 días. Después del primer suministro de 30 días, no pagaremos esos medicamentos aun si usted ha sido miembro del plan menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o si su capacidad de obtener sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras busca obtener una excepción de la lista de medicamentos cubiertos.

Si está ingresando o le están dando el alta de un centro, cubriremos los “resurtidos iniciales” de medicamentos cubiertos anteriormente según sea necesario para el ingreso o el alta del centro.

### Para obtener más información

Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos con receta de ATRIO Health Plans, revise la *Evidencia de cobertura* y otro material del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre ATRIO Health Plans, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización de la lista de medicamentos cubiertos, está en la portada y en la contracubierta.

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

## Lista de medicamentos cubiertos de ATRIO Health Plans

La lista de medicamentos cubiertos de abajo tiene información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por ATRIO Health Plans. Si tiene dificultad para encontrar un medicamento en la lista, vaya al Índice que empieza en la página I-1.

En la primera columna del cuadro está el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (por ejemplo, CRESTOR) y los medicamentos genéricos están en letra cursiva y minúsculas (por ejemplo, *rosuvastatin*).

La información en la columna de “Requisitos/límites” le dice si ATRIO Health Plans tiene algún requisito especial para cubrir el medicamento.

## NIVELES DE COSTOS COMPARTIDOS

### Planes del condado de Douglas

ATRIO Choice Rx (PPO)			ATRIO Prime Rx (PPO)		
Costos compartidos de farmacia estándar			Costos compartidos de farmacia estándar		
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (genérico)	\$8 de copago	\$16 de copago	Nivel 2 (genérico)	\$8 de copago	\$16 de copago
Nivel 3 (de marca preferidos)	\$47 de copago	\$94 de copago	Nivel 3 (de marca preferidos)	\$47 de copago	\$94 de copago
Nivel 4 (de marca no preferidos)	\$100 de copago	\$200 de copago	Nivel 4 (de marca no preferidos)	\$100 de copago	\$200 de copago
Nivel 5 (especialidad)	30 % de coseguro	No disponible	Nivel 5 (especialidad)	33 % de coseguro	No disponible
Nivel 6 (atención selecta)	\$0	\$0	Nivel 6 (atención selecta)	\$0	\$0

### Planes del condado de Klamath

ATRIO Choice Rx (PPO)			ATRIO Prime Rx (PPO)		
Costos compartidos de farmacia estándar			Costos compartidos de farmacia estándar		
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$5 de copago	\$10 de copago	Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (genérico)	\$20 de copago	\$40 de copago	Nivel 2 (genérico)	\$8 de copago	\$16 de copago
Nivel 3 (de marca preferidos)	\$45 de copago	\$90 de copago	Nivel 3 (de marca preferidos)	\$47 de copago	\$94 de copago
Nivel 4 (de marca no preferidos)	\$95 de copago	\$190 de copago	Nivel 4 (de marca no preferidos)	\$100 de copago	\$200 de copago
Nivel 5 (especialidad)	28 % de coseguro	No disponible	Nivel 5 (especialidad)	33 % de coseguro	No disponible
Nivel 6 (atención selecta)	\$0	\$0	Nivel 6 (atención selecta)	\$0	\$0



**Planes del condados de Josephine y Jackson**

<b>ATRIO Choice Rx (PPO)</b>			<b>ATRIO Select Rx (PPO)</b>		
<b>Costos compartidos de farmacia estándar</b>			<b>Costos compartidos de farmacia estándar</b>		
<b>Nivel</b>	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 90 días</b>	<b>Nivel</b>	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 90 días</b>
Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (genérico)	\$8 de copago	\$16 de copago	Nivel 2 (genérico)	\$8 de copago	\$16 de copago
Nivel 3 (de marca preferidos)	\$47 de copago	\$94 de copago	Nivel 3 (de marca preferidos)	\$47 de copago	\$94 de copago
Nivel 4 (de marca no preferidos)	\$100 de copago	\$200 de copago	Nivel 4 (de marca no preferidos)	\$100 de copago	\$200 de copago
Nivel 5 (especialidad)	30 % de coseguro	No disponible	Nivel 5 (especialidad)	33 % de coseguro	No disponible
Nivel 6 (atención selecta)	\$0	\$0	Nivel 6 (atención selecta)	\$0	\$0

**Planes de los condados de Marion y Polk**

<b>ATRIO Choice Rx (PPO)</b>			<b>ATRIO Prime Rx (PPO)</b>		
<b>Costos compartidos de farmacia estándar</b>			<b>Costos compartidos de farmacia estándar</b>		
<b>Nivel</b>	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 90 días</b>	<b>Nivel</b>	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 90 días</b>
Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$10 de copago	Nivel 1 (genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$8 de copago
Nivel 2 (genérico)	\$8 de copago	\$30 de copago	Nivel 2 (genérico)	\$8 de copago	\$20 de copago
Nivel 3 (de marca preferidos)	\$47 de copago	\$80 de copago	Nivel 3 (de marca preferidos)	\$47 de copago	\$70 de copago
Nivel 4 (de marca no preferidos)	\$100 de copago	\$170 de copago	Nivel 4 (de marca no preferidos)	\$100 de copago	\$150 de copago
Nivel 5 (especialidad)	30 % de coseguro	No disponible	Nivel 5 (especialidad)	33 % de coseguro	No disponible
Nivel 6 (atención selecta)	\$0	\$0	Nivel 6 (atención selecta)	\$0	\$0

Las siguientes abreviaturas de restricción de la Administración del uso pueden encontrarse en la columna titulada “Requisitos/límites” en la lista de medicamentos que sigue.

## ABREVIATURAS DE COBERTURA

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
LA	Medicamento de acceso limitado	Este medicamento con receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información consulte el Directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente al <b>1-877-672-8620</b> (TTY 711), todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
LIS	Subsidio para personas de bajos ingresos	Un programa de ayuda adicional de Medicare que ayuda a los miembros a pagar sus medicamentos recetados.
NDS	Suministro que no sea de período prolongado	Este medicamento no está disponible para un suministro de 90 días.
NM	No se puede pedir por correo	Este medicamento no está disponible para farmacia por correo.
PA	Restricción de autorización previa	Usted (o su médico) está obligado a obtener autorización previa de ATRIO Health Plans antes de surtir su receta de este medicamento. Sin aprobación previa, ATRIO Health Plans puede no cubrir este medicamento.
PA BvD	Restricción de autorización previa para Determinación de la Parte B vs. Parte D	Este medicamento puede ser elegible para pago según la Parte B o la Parte D de Medicare. Usted (o su médico) está obligado a obtener autorización previa de ATRIO Health Plans para determinar que este medicamento esté cubierto por la Parte D de Medicare antes de surtir la receta del medicamento. Sin aprobación previa, ATRIO Health Plans puede no cubrir este medicamento.
PA NSO	Restricción de autorización previa solo para nuevos	Si usted es miembro nuevo o si no ha tomado este medicamento antes, usted (o su médico) está obligado a obtener autorización previa de ATRIO Health Plans antes de surtir su receta de este medicamento. Sin aprobación previa, ATRIO Health Plans puede no cubrir este medicamento.
QL	Restricción de límite de cantidad	ATRIO Health Plans limita la cantidad de este medicamento que está cubierto según la receta o en un período de tiempo específico.
ST	Restricción de la terapia escalonada	Antes de que ATRIO Health Plans cubra este medicamento, primero debe probar otros medicamentos para tratar su condición médica. Este medicamento solo se puede cubrir si los otros medicamentos no le funcionan.

## Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer .....	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias .....	20
Agentes Antiansiedad .....	21
Agentes Antidemencia .....	23
Agentes Antidiabetico .....	24
Agentes Antigota .....	30
Agentes Antimigraña .....	30
Agentes Antinausea .....	32
Agentes Antiparasitarios .....	34
Agentes Antiparkinson .....	35
Agentes Antipsicóticos .....	37
Agentes Calóricos .....	44
Agentes Cardiovasculares .....	47
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria .....	62
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica .....	63
Agentes De Trastorno De Sueño .....	65
Agentes Del Sistema Nervioso Central .....	66
Agentes Del Tracto Respiratorio .....	72
Agentes Dentales Y Orales .....	78
Agentes Dermatológicos .....	78
Agentes Gastrointestinales .....	86
Agentes Genitourinarios .....	91
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador .....	92
Agentes Inmunológicos .....	100
Agentes Oftálmicos .....	114
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta .....	115
Agentes Terapeuticos Misceláneos .....	121
Agentes Vasodilatadores .....	124
Analgésicos .....	125
Anestésicos .....	132
Antagonistas De Metales Pesados .....	133
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa) .....	134
Antibacterianos .....	134
Anticonceptivos .....	144
Anticonvulsivos .....	155
Antidepresivos .....	161

Antifúngicos.....	165
Antihistamínicos.....	167
Antimicobacteriales.....	168
Antivirales (Sitémico).....	169
Dispositivos.....	178
Preparaciones De Reemplazo.....	227
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	230
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	235
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	237
Vitaminas Y Minerales.....	238

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Anti Cáncer</b>		
<b>Agentes Anti Cáncer</b>		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zytiga)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG (paclitaxel protein-bound)	5	PA BvD; NDS
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml</i> (fluorouracil)	2	PA BvD
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ALIMTA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG (pemetrexed disodium)	5	NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	5	PA NSO; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (Vidaza)	5	NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i> (Treanda)	5	PA NSO; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
BENDAMUSTINE (Bendeka) INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS (bendamustine) SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	5	PA NSO; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	5	PA NSO; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	2	
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	2	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg</i>	4	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 2.5 mg</i>	5	PA NSO; NDS
BORTEZOMIB INTRAVENOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 (vandetanib) MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CAPRELSA ORAL TABLET 300 (vandetanib) MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>carboplatin intravenous solution 10 mg/ml</i> (Paraplatin)	2	
<i>cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml</i>	2	PA BvD
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA NSO; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	3	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	PA BvD; ST
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 28 days)
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML	5	PA NSO; NDS
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; LA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i> (Dacogen)	5	NDS
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	2	
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	2	PA BvD
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Doxil)	5	PA BvD; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	4	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	4	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	4	PA NSO
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NDS
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	5	PA NSO; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	5	PA NSO; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	3	
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	2	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	5	PA NSO; NDS
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	2	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	2	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin)	3	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	5	NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	5	PA NSO; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg</i>	2	PA BvD
<i>gemcitabine intravenous solution 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml)</i>	2	PA BvD
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE (lomustine) 10 MG, 100 MG, 40 MG	4	
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	2	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	2	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 560 MG	5	NDS; QL (28 per 28 days)
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML	4	PA NSO; QL (4 per 365 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml</i> (Camptosar)	2	
<i>irinotecan intravenous solution 500 mg/25 ml</i>	2	
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (8 per 21 days)
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	5	PA NSO; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA NSO; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 4 MG, 4 MG (4X 4 MG TB), 4 MG (5X 4 MG TB)	5	PA NSO; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	2	
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	5	NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	5	PA NSO; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	5	PA NSO; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	5	PA NSO; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	5	PA NSO; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	2	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	5	PA NSO; NDS
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	5	NDS
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3)	5	PA NSO; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
VELCADE INJECTION RECON SOLN 3.5 MG (bortezomib)	5	PA NSO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>vincasar pfs intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i> (vincristine)	2	PA BvD
<i>vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i> (Vincasar PFS)	2	PA BvD
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml</i>	3	
<i>vinorelbine intravenous solution 50 mg/5 ml</i>	2	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	4	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	5	PA NSO; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	5	PA NSO; NDS; QL (20 per 28 days)

**Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias**

**Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias**

<i>acamprosate oral tablet, delayed release (drlec) 333 mg</i>	3	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	2	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<b>KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION</b>	3	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml</i>	3	
<i>naloxone injection syringe 1 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	2	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	2	
<b>NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG</b>	4	ST; QL (2688 per 365 days)
<b>SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 100 MG/0.5 ML</b>	5	NDS; QL (0.5 per 30 days)
<b>SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 300 MG/1.5 ML</b>	5	NDS; QL (1.5 per 30 days)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg</i>	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablet 1 mg</i> (Chantix)	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11) - 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box)	3	
<b>Agentes Antiansiedad</b>		
<b>Benzodiacepinas</b>		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Xanax XR)	2	NDS; QL (120 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> (Ativan)	4	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i> (lorazepam)	2	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	2	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i> (Halcion)	2	NDS; QL (60 per 30 days)

### **Agentes Antidemencia**

#### **Agentes Antidemencia**

<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i> (Aricept)	4	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	3	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	3	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i> (Namenda XR)	2	ST; QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	3	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Namenda)	2	QL (60 per 30 days)
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	4	ST
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	2	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> (Exelon Patch)	3	QL (30 per 30 days)
<b>Agentes Antidiabetico</b>		
<b>Agentes Antidiabeticos, Varios</b>		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Precose)	6	QL (90 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10- 5 MG, 25-5 MG	3	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5- 850 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml (Riomet)</i>	4	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	6	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	6	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	6	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	6	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	6	QL (60 per 30 days)
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	QL (90 per 30 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	6	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	QL (3 per 28 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	3	QL (1.5 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg (Actos)</i>	6	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	6	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg (Actoplus MET)</i>	6	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	6	QL (120 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	6	QL (240 per 30 days)
<i>repaglinide-metformin oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg</i>	4	QL (150 per 30 days)
<b>RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG</b>	3	QL (30 per 30 days)
<b>SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML</b>	5	PA; NDS; QL (10.8 per 28 days)
<b>SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML</b>	5	PA; NDS; QL (10.8 per 28 days)
<b>SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG</b>	3	QL (60 per 30 days)
<b>SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG</b>	3	QL (30 per 30 days)
<b>SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG</b>	3	QL (60 per 30 days)
<b>TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG</b>	3	QL (30 per 30 days)
<b>TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG</b>	3	QL (30 per 30 days)
<b>TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG</b>	3	QL (60 per 30 days)
<b>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</b>	3	QL (2 per 28 days)
<b>VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML)</b>	3	QL (9 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10- 1,000 MG, 10-500 MG	3	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	3	QL (60 per 30 days)
<b>Insulinas</b>		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	6	QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	6	QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	6	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	6	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	6	QL (24 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70- 30)	6	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U- 100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	6	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	6	QL (30 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	6	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	6	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	6	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	6	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 (insulin asp prt-insulin INSULN SUBCUTANEOUS aspart) SOLUTION 100 UNIT/ML (70- 30)	6	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 (insulin asp prt-insulin SUBCUTANEOUS INSULIN aspart) PEN 100 UNIT/ML (70-30)	6	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	6	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN (insulin aspart u-100) ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	6	QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN (insulin glargine-yfgn) GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	6	QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARG- (insulin glargine-yfgn) YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	6	QL (30 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
SOLQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	3	QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	6	QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	6	QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	3	QL (15 per 28 days)
<b>Sulfonilureas</b>		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	6	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	6	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	6	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	6	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release (Glucotrol XL) 24hr 10 mg</i>	6	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release (Glucotrol XL) 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	6	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5- 250 mg</i>	6	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5- 500 mg, 5-500 mg</i>	6	QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 (Glynase) mg, 3 mg, 6 mg</i>	6	
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Antigota</b>		
<b>Agentes Antigota, Otros</b>		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i> (Zyloprim)	1	
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>colchicine (gout) oral tablet 0.6 mg</i> (Colcris)	4	PA; QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	4	ST; QL (30 per 30 days)
MITIGARE ORAL CAPSULE (colchicine (gout)) 0.6 MG	2	QL (60 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	2	
<b>Agentes Antimigraña</b>		
<b>Agentes Antimigraña</b>		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	3	QL (24 per 28 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	5	NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	3	PA; QL (3 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	2	QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	3	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating</i> (Maxalt-MLT) 10 mg	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating</i> 5 mg	2	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol</i> (Imitrex) 20 mg/lactuation	3	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol</i> (Imitrex) 5 mg/lactuation	3	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet</i> (Imitrex) 100 mg	2	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25</i> (Imitrex) <i>mg, 50 mg</i>	2	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> (Imitrex STATdose <i>cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> Refill)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> (Imitrex STATdose <i>pen injector 4 mg/0.5 ml</i> Pen)	3	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> (Imitrex STATdose <i>pen injector 6 mg/0.5 ml</i> Pen)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> (Imitrex) <i>solution 6 mg/0.5 ml</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> <i>syringe 6 mg/0.5 ml</i>	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet</i> (Treximet) 85-500 mg	3	QL (9 per 27 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Zomig)	2	QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (6 per 30 days)
<b>Agentes Antinausea</b>		
<b>Agentes Antinausea</b>		
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS RECON SOLN 235-0.25 MG	4	
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS SOLUTION 235 MG-0.25 MG /20 ML	4	
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG	4	PA BvD
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION 7.2 MG/ML	4	QL (4.4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	3	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	3	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	3	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	3	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	3	
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	4	PA BvD; QL (6 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>fosaprepitant intravenous recon soln</i> 150 mg (Emend (fosaprepitant))	3	QL (2 per 28 days)
<i>granisetron (pf) intravenous solution</i> 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml	2	
<i>granisetron hcl intravenous solution</i> 1 mg/ml	2	
<i>granisetron hcl oral tablet</i> 1 mg	3	PA BvD
<i>meclizine oral tablet</i> 12.5 mg	2	
<i>meclizine oral tablet</i> 25 mg (Dramamine (meclizine))	2	
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution</i> 4 mg/2 ml	2	
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe</i> 4 mg/2 ml	1	
<i>ondansetron hcl intravenous solution</i> 2 mg/ml	2	
<i>ondansetron hcl oral solution</i> 4 mg/5 ml	3	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet</i> 4 mg, 8 mg	2	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating</i> 4 mg, 8 mg	2	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution</i> 10 mg/2 ml (5 mg/ml)	2	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet</i> 10 mg, 5 mg (Compazine)	2	
<i>prochlorperazine rectal suppository</i> 25 mg (Compro)	3	
<i>promethazine injection solution</i> 25 mg/ml (Phenergan)	3	
<i>promethazine injection solution</i> 50 mg/ml (Phenergan)	3	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (Promethegan)	3	
<i>promethazine rectal suppository 50 mg</i> (Promethegan)	4	
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (promethazine)	3	
<i>promethegan rectal suppository 50 mg</i> (promethazine)	4	
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	4	QL (10 per 30 days)
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	3	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	2	QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	2	
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	5	NDS
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	3	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	3	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	4	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	4	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	5	PA; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	2	PA; QL (42 per 7 days)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i> (APOKYN)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine injection solution 1 mg/ml</i>	4	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel)	3	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	2	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i> (Lodosyn)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i> (Stalevo 50)	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg</i> (Stalevo 75)	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg</i> (Stalevo 100)	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg</i> (Stalevo 125)	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg</i> (Stalevo 150)	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg</i> (Stalevo 200)	4	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i> (Comtan)	3	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	5	PA; NDS; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	5	PA; NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	3	QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	4	ST; 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> (Mirapex)	1	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	4	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	2	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	5	NDS; QL (1 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5	NDS; QL (1 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	3	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	2	
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</i> (Abilify)	2	QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	5	ST; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NDS; QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NDS; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NDS; QL (3.2 per 28 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Saphris)	3	QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine 25 mg/ml amp 25's,outer</i>	3	
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	4	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200</i> (Clozaril) <i>mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	4	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	4	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	5	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)- 2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	4	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	3	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>haloperidol decanoate intramuscular (Haldol Decanoate) solution 100 mg/ml</i>	3	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml)</i>	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular (Haldol Decanoate) solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml(1ml)</i>	3	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	3	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NDS; QL (3.5 per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NDS; QL (5 per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NDS; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NDS; QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating</i> (Zyprexa Zydis) 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	2	
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr</i> 1.5 mg, 3 mg, 9 mg (Invega)	4	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr</i> 6 mg (Invega)	4	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet</i> 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	2	
PERSERIS ABDOMINAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	5	NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet</i> 1 mg, 2 mg	3	
<i>quetiapine oral tablet</i> 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg (Seroquel)	2	
<i>quetiapine oral tablet</i> 150 mg	2	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr</i> 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg (Seroquel XR)	2	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	5	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	4	QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	5	NDS; QL (2 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	2	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	2	
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	2	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	4	
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	5	NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	5	NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	5	NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	5	NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	5	NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	NDS; QL (0.14 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE, DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg,</i> (Geodon) <i>40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular</i> (Geodon) <i>recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	3	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	5	NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	NDS; QL (1 per 28 days)
<b>Agentes Calóricos</b>		
<b>Agentes Calóricos</b>		
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	4	PA BvD
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD
<i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i>	2	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	4	
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %</i>	3	
<i>dextrose 5%-water iv soln single use</i>	3	
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	4	PA BvD
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	PA BvD
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	4	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	PA BvD

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
<b>Agentes Cardiovasculares</b>		
<b>Agentes Alfa-Adrenérgicos</b>		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-1)	2	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	2	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	2	QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	2	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>phenylephrine hcl injection solution 10 mg/ml</i> (Vazculep)	2	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Minipress)	2	
<b>Agentes Antiarrítmicos</b>		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg</i> (Pacerone)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i> (Pacerone)	1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i> (Norpace)	3	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	2	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	
<i>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>	2	
<b>MULTAQ ORAL TABLET 400 MG</b>	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	2	
<i>procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml</i>	2	
<i>procainamide intravenous syringe 100 mg/ml</i>	2	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i> (Rythmol SR)	3	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	3	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 300 mg</i>	2	
<b>Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos</b>		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	2	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	2	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i> (Ziac)	2	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>labetalol intravenous syringe 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	2	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Corgard)	2	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	3	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	2	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	2	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (Sorine)	2	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<b>Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio</b>		
<i>cartia xt oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>diltiazem 25 mg/5 ml vial sdv, inner 5 mg/ml</i>	3	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 360 mg</i> (Taztia XT)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 420 mg</i> (Tiadylt ER)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	2	
<i>dilt-xr oral capsule, ext. rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>taztia xt oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>tiadylt er oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml</i>	2	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Verelan PM)	3	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	4	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg</i> (Calan SR)	2	
<i>verapamil oral tablet extended release 180 mg, 240 mg</i>	2	
<b>Agentes Cardiovasculares, Varios</b>		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	3	QL (600 per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	2	
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	2	
<i>digoxin injection solution 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i> (Lanoxin)	2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	2	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	3	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i>	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	3	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i> (Adrenalin)	1	
<i>hydralazine injection solution 20 mg/ml</i>	2	
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Sajazir)	5	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	5	NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant)	5	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML	4	QL (4 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	4	QL (4 per 30 days)
<b>Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii</b>		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	6	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	6	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	3	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG	3	QL (180 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>eprosartan oral tablet 600 mg</i>	4	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	6	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	6	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	6	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	6	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	6	
<i>olmesartan-amlodipin-hctiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> (Tribenzor)	6	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	6	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	6	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i> (Twynsta)	4	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	6	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	6	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	6	
<b>Dihidropiridinas</b>		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	6	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	6	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	6	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	6	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazyd oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i> (Exforge HCT)	6	
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<b>KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML</b>	4	ST; QL (300 per 30 days)
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	3	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL)	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<b>Dislipidémicos</b>		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i> (Caduet)	6	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i> (Caduet)	6	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>	6	
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	6	QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran)	2	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i> (WelChol)	3	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	2	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i> (Colestid)	3	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	2	
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin 10-10)	6	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20)	6	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40)	6	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80)	6	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	2	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor)	2	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	2	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release (drlec) 135 mg, 45 mg</i> (Trilipix)	2	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	6	QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	6	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	3	QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i> (Niacor)	1	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i> (niacin)	2	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	2	ST; QL (120 per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	3	QL (2 per 28 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	6	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	6	QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	2	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	3	QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	6	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	6	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	6	QL (30 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (icosapent ethyl)	2	QL (240 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	2	QL (120 per 30 days)
<b>Diuréticos</b>		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	2	
<i>bumetanide 2.5 mg/10 ml vial mdv, inner 0.25 mg/ml</i>	3	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	4	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	2	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM)	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	2	
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>	2	
<i>toremide oral tablet 20 mg</i> (Soanz)	2	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg</i> (Maxzide-25mg)	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 75-50 mg</i> (Maxzide)	1	
<b>Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina</b>		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	6	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	6	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	6	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	6	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	4	
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i> (Epaned)	2	ST; QL (1200 per 30 days)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	6	
<i>enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml</i>	2	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	6	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	6	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	6	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	6	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	6	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	6	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	6	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	6	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	6	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	6	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	6	
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	6	
<b>Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona</b>		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	3	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML	4	ST; QL (600 per 30 days)
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
<b>Vasodilatadores</b>		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradose)	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i> (BiDil)	2	
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i> (nitroglycerin)	2	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	2	
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i> (Lotronex)	3	
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i> (Lotronex)	5	NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	2	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	4	
<i>budesonide rectal foam 2 mg/lactuation</i> (Uceris)	2	
<b>DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG</b>	5	ST; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	3	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i> (Delzicol)	4	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	4	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 1.2 gram</i> (Lialda)	4	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 800 mg</i>	4	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa)	3	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	4	
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b>		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	3	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</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i> (Miacalcin)	5	NDS
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	2	QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	2	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	2	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i> (Rocaltrol)	3	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg</i> (Sensipar)	3	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 60 mg</i> (Sensipar)	5	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	5	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	4	
EVENITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 105 MG/1.17 ML, 210MG/2.34ML (105MG/1.17MLX2)	5	PA; NDS; QL (2.34 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML)	3	QL (2.4 per 28 days)
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	4	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i>	2	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i> (Boniva)	2	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	5	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>pamidronate intravenous recon soln 30 mg, 90 mg</i>	2	
<i>pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)</i>	2	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	4	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	4	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	3	QL (60 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel)	2	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i> (Actonel)	2	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (drlec) 35 mg</i> (Atelvia)	4	QL (4 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	3	QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	4	
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	2	
<i>zoledronic acid-mannitol-water (Reclast) intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i>	3	QL (100 per 300 days)
<b>Agentes De Trastorno De Sueño</b>		
<b>Agentes De Trastorno De Sueño</b>		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	2	QL (30 per 30 days)
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NDS; QL (150 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	5	PA; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i> (Hetlioz)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 (sodium oxybate) MG/ML	5	PA; LA; NDS; QL (540 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet, ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i> (Ambien CR)	2	QL (30 per 30 days)
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central</b>		
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central</b>		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera)	3	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	3	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5	PA; NDS; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	5	PA; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution</i> (Cafcit) 60 mg/3 ml (20 mg/ml)	2	PA BvD
<i>caffeine citrate oral solution</i> 60 mg/3 ml (20 mg/ml)	2	
<i>clonidine hcl oral tablet extended</i> (Kapvay) <i>release 12 hr 0.1 mg</i>	4	
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 20 MG/ML	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 40 MG/ML	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended</i> (Ampyra) <i>release 12 hr 10 mg</i>	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet</i> 10 (Focalin) <i>mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Dexedrine Spansule) <i>capsule, extended release 10 mg, 15</i> <i>mg</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> <i>capsule, extended release 5 mg</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Zenedi) <i>tablet 10 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Zenedi) <i>tablet 15 mg</i>	4	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Zenedi) <i>tablet 20 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Zenedi) <i>tablet 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Zenedi) <i>tablet 5 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall XR) <i>oral capsule, extended release 24hr</i> <i>10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr</i> 20 mg, 25 mg, 30 mg (Adderall XR)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i> 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg (Adderall)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release (drlec)</i> 120 mg (Tecfidera)	5	PA; NDS; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release (drlec)</i> 120 mg (14)- 240 mg (46) (Tecfidera)	5	PA; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release (drlec)</i> 240 mg (Tecfidera)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	5	PA; NDS
<i>fingolimod oral capsule</i> 0.5 mg (Gilenya)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>flumazenil intravenous solution</i> 0.1 mg/ml	2	
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe</i> 20 mg/ml (Copaxone)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe</i> 40 mg/ml (Copaxone)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe</i> 20 mg/ml (glatiramer)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe</i> 40 mg/ml (glatiramer)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr</i> 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg (Intuniv ER)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
INGREZZA INITIATION PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	5	PA; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral tablet (Lithobid) extended release 300 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	2	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	4	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	5	PA; NDS
<i>metadate er oral tablet extended release 20 mg</i> (methylphenidate hcl)	4	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>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Ritalin LA)	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 50-50 30 mg</i> (Ritalin LA)	2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 50-50 60 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	2	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	2	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i> (Metadate ER)	2	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg (bx rating), 54 mg (bx rating)</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i> (Concerta)	3	QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 27 mg (bx rating)</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i> (Concerta)	3	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg (bx rating)</i>	3	QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (20 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
RADICAVA INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/100 ML	5	PA; NDS; QL (2800 per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	2	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i> (Aubagio)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV	5	PA BvD; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	5	PA BvD; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i> (Daliresp)	2	QL (30 per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/150 MG (N), 50-75 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
<b>Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados</b>		
ADVAIR DISKUS (fluticasone propion- INHALATION BLISTER WITH (salmeterol) DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION (fluticasone propion- HFA AEROSOL INHALER 115- (salmeterol) 21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION (fluticasone furoate- BLISTER WITH DEVICE 100-25 (vilanterol) MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for (Pulmicort) nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	3	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for (Pulmicort) nebulization 1 mg/2 ml</i>	3	PA BvD; QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	3	QL (120 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	3	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	3	QL (21.2 per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160- 4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION	3	QL (30.6 per 30 days)
<b>Antileucotrinos</b>		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	(Singulair)	1
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	(Singulair)	1
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	(Accolate)	4
<b>Broncodilatadores</b>		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	(Proventil HFA)	2
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>		2

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	2	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %)</i>	2	PA BvD; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	4	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	2	
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	3	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	4	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	3	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	3	QL (8 per 30 days)
<i>elixophyllin oral elixir 80 mg/15 ml (theophylline)</i>	4	
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	2	PA BvD; QL (312.5 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	2	PA BvD; QL (540 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	4	QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	3	QL (30 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 28 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	3	
<i>terbutaline subcutaneous solution 1 mg/ml</i>	5	NDS
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	3	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	3	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	2	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200- 62.5-25 MCG	3	QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<b>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	(Evovac)	2
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	(Paroex Oral Rinse)	1
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	(fluoride (sodium))	1
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i>	(fluoride (sodium))	1
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	(PreviDent)	1
<i>oralone dental paste 0.1 %</i>	(triamcinolone acetonide)	2
<i>paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	(chlorhexidine gluconate)	1
<i>perio gard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	(chlorhexidine gluconate)	1
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	(Salagen (pilocarpine))	2
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	(fluoride (sodium))	1
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	(Fluoridex Sensitivity Relief)	1
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	(Oralone)	2
<b>Agentes Dermatológicos</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos</b>		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	(hydrocortisone)	2
<i>ala-scalp topical lotion 2 %</i>		4
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>		2
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>		2
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>		2

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical foam (Luxiq) 0.12 %</i>	4	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	3	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i> (Olux)	4	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i> (Clobex)	4	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i> (Temovate)	2	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	3	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i> (Olux-E)	4	
<i>desonide topical cream 0.05 %</i> (DesOwen)	4	
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	4	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	4	
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %</i> (Topicort)	4	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical cream 0.25 %</i> (Topicort)	2	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i> (Topicort)	4	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %</i> (Topicort)	4	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment 0.25 %</i> (Topicort)	3	QL (120 per 30 days)
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	4	QL (180 per 30 days)
<b>EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %</b>	3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i> (Fluocinonide-E)	2	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i> (Locoid)	4	QL (236 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	3	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Proctosol HC)	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	4	
<i>hydrocortisone-min oil-wht pet topical ointment 1 %</i>	1	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	2	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	4	QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	3	QL (100 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %, 0.5 %</i> (Triderm)	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i> (Trianex)	4	
<b>Agentes Dermatológicos, Otros</b>		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	2	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>acyclovir topical cream 5 %</i> (Zovirax)	4	QL (5 per 4 days)
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	4	QL (30 per 30 days)
ALCOHOL 70% SWABS (Alcohol Pads)	1	
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	2	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (Skin Treatment)	2	
BD SINGLE USE SWAB (alcohol swabs)	1	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	3	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	3	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	3	QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY, MEDIUM (alcohol swabs)	1	
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS (alcohol swabs)	1	
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD (alcohol swabs)	1	
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED (alcohol swabs)	1	
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac)	5	NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	2	
<i>fluorouracil topical solution 2 %</i>	2	
<i>fluorouracil topical solution 5 %</i>	4	
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	2	QL (24 per 30 days)
IV ANTISEPTIC WIPES (alcohol swabs)	1	
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	3	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	5	NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>penciclovir topical cream 1 %</i> (Denavir)	4	
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	2	
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES (alcohol swabs)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	4	QL (180 per 30 days)
SURE COMFORT ALCOHOL (alcohol swabs) PREP PADS	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP (alcohol swabs) PADS	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL (alcohol swabs) 70% PADS	1	
TRUE COMFORT PRO (alcohol swabs) ALCOHOL PADS	1	
ULTILET ALCOHOL STERL (alcohol swabs) SWAB	1	
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5	NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS (alcohol swabs) 20'S,LARGE	1	
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg (isotretinoin)	2	
<b>Antibacterianos Dermatológicos</b>		
clindamycin phosphate topical foam (Clindacin) 1 %	4	QL (100 per 30 days)
clindamycin phosphate topical (Cleocin T) solution 1 %	2	QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab (Clindacin ETZ) 1 %	2	
clindamycin-benzoyl peroxide (Neuac) topical gel 1.2 % (1 % base) -5 %	2	
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %	4	
ery pads topical swab 2 % (erythromycin with ethanol)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i> (Erygel)	4	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i> (Benzamycin)	4	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	2	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	2	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	4	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i> (MetroLotion)	4	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	QL (220 per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	2	
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	2	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	2	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i> (Klaron)	3	
<b>Escabicidas Y Pediculicidas</b>		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	4	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	2	
<b>Retinoides Dermatológicos</b>		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	4	
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i> (Differin)	2	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	4	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	3	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	4	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	2	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	2	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %</i> (Retin-A)	3	PA
<i>tretinoin topical gel 0.025 %</i> (Avita)	3	PA
<i>tretinoin topical gel 0.05 %</i> (Atralin)	4	PA
<b>Agentes Gastrointestinales</b>		
<b>Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos</b>		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	4	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	2	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i> (Acid Reducer (cimetidine))	2	
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release (drlec) 20 mg</i> (Nexium)	2	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release (drlec) 40 mg</i> (Nexium)	2	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> (Nexium Packet)	3	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium Packet)	3	ST; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg</i>	2	
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg</i> (Nexium IV)	2	
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml</i>	2	
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>famotidine oral suspension 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	4	
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	1	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release (drlec) 15 mg</i> (Prevacid 24Hr)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release (drlec) 30 mg</i> (Prevacid)	1	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	2	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>nizatidine oral solution 150 mg/10 ml</i>	4	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release (drlec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg- gram</i> (Zegerid)	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i> (Protonix)	2	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg</i> (Protonix)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 40 mg</i> (Protonix)	1	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg</i> (AcipHex)	2	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Gastrointestinales, Otros</b>		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu)	5	PA; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	3	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	2	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	3	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	2	
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<b>GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG</b>	5	PA; NDS
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	2	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	2	
<b>LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG</b>	3	QL (30 per 30 days)
<b>LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM</b>	3	QL (34 per 30 days)
<b>LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM</b>	3	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	2	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	3	QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
OICALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	5	PA; NDS
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	5	PA; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	5	PA; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; QL (11.2 per 28 days)
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl)	5	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	2	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	3	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i> (URSO 250)	2	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	3	QL (30 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
<b>Enlaces De Fosfato</b>		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	2	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	2	
<i>lanthanum oral tablet, chewable</i> (Fosrenol) 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	5	NDS
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML	4	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	5	NDS
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	2	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>	3	
<i>sevelamer hcl oral tablet 800 mg</i>	4	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	3	
<b>Laxantes</b>		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	3	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	3	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	3	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	2	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	3	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM (sodium,potassium,ma g sulfates)	3	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	3	
<b>Agentes Genitourinarios</b>		
<b>Agentes Genitourinarios, Varios</b>		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	2	
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i> (Jalyn)	4	
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i> (Thiola)	5	NDS
<b>Antiespasmódicos, Urinario</b>		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	2	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	3	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg</i>	4	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 5 mg</i> (Ditropan XL)	2	
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	2	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	2	
<i>tropium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	4	
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	2	
<b>Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador</b>		
<b>Agentes Tiroideos Y Antitiroideos</b>		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Euthyrox)	1	
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 50 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	2	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	
<b>Andrógenos</b>		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	3	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> (Oxandrin)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>testosterone cypionate</i> (Depo-Testosterone) <i>intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone cypionate</i> <i>intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate</i> <i>intramuscular oil 200 mg/ml</i>	2	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in</i> (Vogelxo) <i>metered-dose pump 12.5 mg/1.25 gram (1%)</i>	4	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in</i> (AndroGel) <i>metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62%)</i>	4	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in</i> (AndroGel) <i>packet 1% (25 mg/2.5gram), 1% (50 mg/5 gram)</i>	4	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in</i> <i>metered pump w/lapp 30 mg/lactuation (1.5 ml)</i>	4	PA; QL (180 per 30 days)
<b>XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML</b>	3	PA; QL (2 per 28 days)
<b>Estrógenos Y Antiestrógenos</b>		
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	2	
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (estradiol)	2	QL (8 per 28 days)
<b>DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG</b>	3	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Estrace)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>estradiol transdermal patch</i> (Dotti) <i>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>	2	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i> (Climara) <i>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>	2	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	4	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Delestrogen)	2	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (Amabelz)	2	
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	4	QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (estradiol)	2	QL (8 per 28 days)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (Fyavolv)	2	
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG	3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG	3	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PREMARIN ORAL TABLET (conjugated estrogens) 0.625 MG, 1.25 MG	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG- 5MG(14)	3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3- 1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	2	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	4	QL (18 per 28 days)
<b>Glucocorticoides/Mineralocorticoides</b>		
<i>betamethasone acet,sod phos</i> (Celestone Soluspan) <i>injection suspension 6 mg/ml</i>	2	
<i>dexamethasone oral solution 0.5</i> <i>mg/5 ml</i>	2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg,</i> <i>0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg,</i> <i>6 mg</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phos (pf)</i> <i>injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phos (pf)</i> <i>injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> <i>injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> <i>injection syringe 4 mg/ml</i>	2	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	2	
HEMADY ORAL TABLET 20 MG	4	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20</i> (Cortef) <i>mg, 5 mg</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>methylprednisolone 200 mg/5 ml muv 40 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	2	
<i>methylprednisolone 400 mg/5 ml muv 80 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	2	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	3	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	2	
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i> (Solu-Medrol)	3	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln dlf 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	3	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	2	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	3	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML	4	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog)	3	
<b>Pituitario</b>		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml ampul plf, outer, sdv</i> (DDAVP)	5	NDS
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i> (DDAVP)	4	
<i>desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	3	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	2	
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (Somatuline Depot)	5	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5	PA NSO; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED)	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA; NDS
NORDITROPIN FLEXPOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution</i> 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml	3	
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) 100 mcg/ml, 50 mcg/ml	3	
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) 500 mcg/ml	5	NDS
<i>octreotide acetate injection syringe</i> 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)	3	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NDS
SUPPRELIN LA IMPLANT KIT 50 MG (65 MCG/DAY)	5	PA; NDS
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML	5	PA; NDS
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	5	PA; NDS
<b>Progestinas</b>		
<i>hydroxyprogesterone caproate intramuscular oil 250 mg/ml</i>	5	NDS
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	2	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Aygestin)	2	
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	2	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	2	
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	5	PA; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	NDS
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	2	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	2	PA BvD
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	5	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	5	PA; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	5	PA; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) 250 mg/5 ml	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) 100 mg, 25 mg	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> 50 mg	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	3	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule</i> 100 mg, 25 mg (Sandimmune)	3	PA BvD
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive)</i> (Zortress) <i>oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75</i> <i>mg, 1 mg</i>	5	PA BvD; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NDS
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	PA; NDS
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	5	PA BvD; NDS
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	5	PA BvD; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	5	PA BvD; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	5	PA BvD; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	2	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	3	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS
HYQVIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM /100 ML (10 %), 2.5 GRAM /25 ML (10 %), 20 GRAM /200 ML (10 %), 30 GRAM /300 ML (10 %), 5 GRAM /50 ML (10 %)	5	PA BvD; NDS
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML	5	PA; NDS
ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NDS
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NDS
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i> (Remicade)	5	PA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> (CellCept Intravenous) <i>intravenous recon soln 500 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i> (CellCept) <i>250 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (CellCept) <i>suspension for reconstitution 200</i> <i>mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i> (CellCept) <i>500 mg</i>	2	PA BvD
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA BvD; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NDS
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	5	PA; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	5	PA; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	5	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA BvD

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD; ST
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	3	
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NDS
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	5	NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> (Rapamune)	5	PA BvD; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Rapamune)	3	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i> (Rapamune)	5	PA BvD; NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	5	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	5	PA; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i> (Prograf)	2	PA BvD
<i>tacrolimus oral capsule 5 mg</i> (Prograf)	3	PA BvD
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	5	PA; NDS
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	5	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NDS
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML	5	PA; LA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Vacunas</b>		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	6	
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	6	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	6	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	6	
AREXVY ANTIGEN COMPONENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG	6	
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	6	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	6	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG- LF/0.5ML	6	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	6	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	6	PA BvD
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	6	PA BvD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	6	PA BvD
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	6	QL (1.5 per 365 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	6	QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	6	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	6	PA BvD
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	6	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	6	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	6	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	6	PA BvD
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4- 4.2- 3.3CCID50/0.5ML	6	
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3- 4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	6	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML)	6	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	6	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	6	PA BvD

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	PA BvD
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	6	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	6	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	6	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	6	QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR (tetanus-diphtheria SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 toxoids-td) ML	6	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	6	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	6	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	6	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML	6	QL (1.5 per 365 days)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	6	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	6	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	6	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	6	(typhoid vi polysacch vaccine)
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	6	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	6	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	6	QL (2 per 365 days)
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	6	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Oftálmicos</b>		
<b>Agentes Antiglaucoma</b>		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	2	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	2	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	3	
AZOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (brinzolamide)	2	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	4	QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %</i> (Alphagan P)	4	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	2	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i> (Combigan)	3	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	2	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i> (Cosopt)	2	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i> (Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	QL (2.5 per 25 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	
<b>RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %</b>	3	QL (2.5 per 25 days)
<b>ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %</b>	3	QL (2.5 per 25 days)
<b>SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %</b>	3	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i> (Zioptan (PF))	4	QL (30 per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	3	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i> (Travatan Z)	4	QL (2.5 per 25 days)
<b>VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %</b>	4	QL (5 per 30 days)
<b>Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta</b>		
<b>Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	2	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	3	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Polycin)	2	
<i>bleph-10 ophthalmic (eye) drops 10 %</i> (sulfacetamide sodium)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	4	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	(neomycin-bacitracin-poly-hc)	2
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(neomycin-bacitracin-polymyxin)	2
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Ocuflox)	2
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>		2
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	(bacitracin-polymyxin b)	2
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit-1 mg/ml</i>	(Polytrim)	1
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>		2
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>		2
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>		2
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>		2

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i> (TobraDex)	2	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	3	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	3	
<b>Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	3	ST; QL (10 per 25 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	4	
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %	3	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	2	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Durezol)	3	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	3	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	4	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i> (DermOtic Oil)	3	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i> (FML Liquifilm)	4	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i> (24 Hour Allergy Relief)	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	3	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Acular)	2	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	3	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	3	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i> (Lotemax)	4	QL (10 per 13 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i> (Lotemax)	4	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i> (Nasonex 24hr Allergy)	4	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte)	4	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	3	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	3	QL (5.5 per 28 days)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 % (cyclosporine)	2	QL (60 per 30 days)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	3	ST; QL (32 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	3	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios</b>		
<i>alcaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (proparacaine)	2	
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	4	
<i>azelastine nasal aerosol, spray 137 mcg (0.1 %)</i>	2	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (Astepro Allergy)	2	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i> (Bepreve)	2	ST
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	2	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %, 2 %</i> (Cyclogyl)	2	
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 %	5	PA; NDS; QL (20 per 28 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	5	PA; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	2	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	2	QL (15 per 10 days)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	4	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>olopatadine nasal spray, non-aerosol</i> (Patanase) 0.6 %	4	QL (30.5 per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> (Eye Allergy Itch- 0.1 % Redness Rlf)	2	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> (Eye Allergy Itch 0.2 % Relief)	4	
<i>proparacaine ophthalmic (eye)</i> (Alcaine) <i>drops</i> 0.5 %	2	
TEPEZZA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	PA; NDS
<b>Agentes Terapeuticos</b>		
<b>Misceláneos</b>		
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
<i>betaine oral powder</i> 1 gram/scoop (Cystadane)	5	PA; NDS
<i>bupirone oral tablet</i> 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	2	
<i>dexrazoxane hcl intravenous recon</i> <i>soln</i> 250 mg, 500 mg	5	NDS
<i>diazoxide oral suspension</i> 50 mg/ml (Proglycem)	2	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	QL (90 per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	5	PA; NDS
EXONDYS-51 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA; LA; NDS
<i>fomepizole intravenous solution</i> 1 <i>gram/ml</i>	5	NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	3	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i> (Vistaril) <i>25 mg, 50 mg</i>	1	
IGALMI SUBLINGUAL FILM 120 MCG, 180 MCG	4	PA; QL (90 per 30 days)
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	3	
<i>leucovorin calcium injection solution 10 mg/ml</i>	3	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i> (Carnitor)	2	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i> (Carnitor)	4	
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i> (Fusilev)	5	NDS
<i>mesna intravenous solution 100 mg/ml</i> (Mesnex)	2	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5	NDS
<i>nitisinone oral capsule 20 mg</i> (Orfadin)	5	PA; NDS
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML	5	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>pyridostigmine bromide oral syrup</i> (Mestinon) 60 mg/5 ml	4	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> 30 mg	4	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> (Mestinon) 60 mg	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> (Mestinon Timespan) <i>extended release</i> 180 mg	4	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	4	QL (30 per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
TOTECT INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	4	QL (30 per 30 days)
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM	5	NDS; QL (24 per 14 days)
VOWST ORAL CAPSULE	5	PA; NDS; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	3	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	3	
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>epoprostenol intravenous recon soln</i> (Veletri) <i>0.5 mg, 1.5 mg</i>	5	PA; NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> (Revatio) <i>intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i>	5	PA; NDS; QL (37.5 per 1 day)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral</i> (Revatio) <i>tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral</i> (Alyq) <i>tablet 20 mg</i>	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Cialis)	2	PA; QL (30 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET 125 (bosentan) MG, 62.5 MG	5	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>treprostinil sodium injection solution</i> (Remodulin) <i>1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5</i> <i>mg/ml</i>	5	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML)	5	PA; NDS
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NDS
<b>Analgésicos</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios No Esteroides</b>		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 25 mg</i>	2	QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 75 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Arthritis Pain (diclofenac))	2	QL (1000 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	2	PA; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram lactuation(2 %)</i> (Pennsaid)	5	PA; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	2	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	2	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i> (naproxen)	2	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	2	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i> (Nalfon)	4	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i> (Duexis)	3	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>	2	QL (60 per 30 days)
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg</i>	4	
<i>ketoprofen oral capsule 75 mg</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>ketoprofen oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	4	
<i>ketorolac injection cartridge 15 mg/ml</i>	2	QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection solution 15 mg/ml</i>	2	QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml, 30 mg/ml (1 ml)</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac injection syringe 15 mg/ml</i>	2	QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection syringe 30 mg/ml</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	4	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 500 mg (Naprosyn)</i>	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 375 mg (EC-Naprosyn)</i>	2	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg (EC-Naproxen)</i>	2	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg (Feldene)</i>	2	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	2	
<i>tolmetin oral capsule 400 mg</i>	4	
<i>tolmetin oral tablet 200 mg, 600 mg</i>	4	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
<b>Analgésicos, Varios</b>			
<i>acetaminophen-codeine oral solution</i> 120-12 mg/5 ml	2	NDS; QL (4500 per 30 days)	
<i>acetaminophen-codeine oral tablet</i> 300-15 mg, 300-30 mg	2	NDS; QL (360 per 30 days)	
<i>acetaminophen-codeine oral tablet</i> 300-60 mg	2	NDS; QL (180 per 30 days)	
<i>ascomp with codeine oral capsule</i> 30-50-325-40 mg	(codeine-butalbital-asa-caff)	3	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution</i> 0.3 mg/ml	(Buprenex)	2	
<i>buprenorphine hcl injection syringe</i> 0.3 mg/ml		2	
<i>buprenorphine transdermal patch</i> weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour	(Butrans)	2	NDS; QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule</i> 50-300-40-30 mg	(Fioricet with Codeine)	4	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule</i> 50-325-40-30 mg		2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet</i> 50-325 mg	(Tencon)	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule</i> 50-325-40 mg	(Zebutal)	4	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet</i> 50-325-40 mg	(Esgic)	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule</i> 50-325-40 mg		3	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet</i> 50-325-40 mg		2	QL (180 per 30 days)
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol</i> 10 mg/ml		2	NDS; QL (5 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	(Ascomp with Codeine) 3	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	(oxycodone-acetaminophen) 2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	(oxycodone-acetaminophen) 2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	(oxycodone-acetaminophen) 2	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	3	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr</i>	3	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	2	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	3	NDS; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 7.5-300 mg</i>	4	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg</i>	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	2	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i> (Dilaudid)	2	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>methadose oral tablet, soluble 40 mg</i> (methadone)	2	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	2	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	NDS; QL (300 per 30 days)
<b>MORPHINE ORAL TABLET 15 MG</b>	4	NDS; QL (180 per 30 days)
<b>MORPHINE ORAL TABLET 30 MG</b>	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i> (MS Contin)	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	2	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	3	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	4	PA; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	3	NDS; QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (OxyContin)	3	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<b>OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG</b> (oxycodone)	3	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg</i>	3	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 5 mg</i>	3	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	3	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tencon oral tablet 50-325 mg</i> (butalbital-acetaminophen)	2	QL (180 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	NDS; QL (240 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet</i> 37.5-325 mg	2	NDS; QL (300 per 30 days)
<i>vicodin hp oral tablet 10-300 mg</i> (hydrocodone-acetaminophen)	4	NDS; QL (180 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG	3	NDS; QL (60 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG	3	NDS; QL (120 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG	3	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>zebutal oral capsule 50-325-40 mg</i> (butalbital-acetaminophen-caff)	4	QL (180 per 30 days)
<b>Anestésicos</b>		
<b>Anestesia Local</b>		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine-MPF)	1	
<i>lidocaine (pf) injection solution 40 mg/ml (4 %)</i>	1	
<i>lidocaine hcl 1% 50 mg/5 ml vial sdv, plf 10 mg/ml (1 %)</i> (Xylocaine-MPF)	2	
<i>lidocaine hcl 2% ampul outer,plf,sdv 20 mg/ml (2 %)</i> (Xylocaine-MPF)	2	
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %)</i> (Xylocaine)	2	
<i>lidocaine hcl injection solution 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine)	1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo)	2	QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	2	PA
<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %</i> (Lidoderm)	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	2	PA; QL (30 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 1.8 %	3	PA; QL (90 per 30 days)
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b>		
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b>		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	5	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i> (Jadenu)	5	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i> (Jadenu)	3	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Exjade)	5	PA; NDS
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i> (Ferriprox)	5	PA; NDS
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram</i>	5	PA; NDS
<i>deferoxamine injection recon soln 500 mg</i> (Desferal)	5	PA; NDS
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET, MODIFIED RELEASE 1,000 MG	5	PA; NDS
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	5	PA; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>		
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	4	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	4	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	3	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	4	
<b>Antibacterianos</b>		
<b>Aminoglicósidos</b>		
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	2	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	2	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	2	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	5	NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	5	NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	5	PA BvD; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i> (Bethkis)	5	PA BvD; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	3	
<b>Antibacteriales, Misceláneos</b>		
<i>bacitracin intramuscular recon soln 50,000 unit</i>	4	
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	2	
<i>clindamycin 600 mg/4 ml addvan sdv,outer</i>	2	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	1	
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	2	
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i> (clindamycin palmitate hcl)	3	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	2	
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 300 mg/2 ml, 900 mg/6 ml</i>	2	
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 ml</i>	2	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	5	NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Cubicin RF)	5	NDS
<b>FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML</b> (vancomycin)	4	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	3	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	5	NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	3	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i> (Hiprex)	2	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	3	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Macrochantin)	2	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohydrate-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	2	QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	2	
<b>SYNERCID INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG</b>	5	NDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	3	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	3	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	3	QL (112 per 14 days)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i> (Firvanq)	4	
<b>XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG</b>	5	PA; NDS; QL (9 per 30 days)
<b>XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG</b>	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<b>Antibióticos B-Lactam Misceláneos</b>		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	3	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	3	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	3	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	3	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	3	
<b>Cefalosporinas</b>		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	4	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	3	
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	3	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram</i>	3	
<i>cefazolin injection recon soln 500 mg</i>	2	
<i>cefazolin intravenous recon soln 3 gram</i>	4	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	3	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	3	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i> (Suprax)	4	
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Suprax)	4	
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram</i>	3	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 10 gram, 2 gram</i>	4	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	4	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Tazicef)	3	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	2	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral capsule 750 mg</i>	2	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	5	NDS
<b>Macrólidos</b>		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	3	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	3	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	3	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	4	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	5	NDS; QL (136 per 10 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	4	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	
<b>Penicilinas</b>		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i> (Augmentin XR)	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	3	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	3	
<b>BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML</b>	4	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>nafcillin 1 gml 50 ml inj 1 gram/50 ml</i>	2	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	5	NDS
<i>nafcillin injection recon soln 2 gram</i>	2	
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i> (Pfizerpen-G)	3	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit</i> (penicillin g potassium)	3	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	3	
<b>Quinolonas</b>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	2	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 400 mg/200 ml</i>	3	
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml</i> (Cipro)	4	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	3	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	3	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	2	
<b>Sulfonamidas</b>		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	3	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml iv vial outer, sub</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	
<b>Tetraciclinas</b>		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	4	
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	3	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	3	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Morgidox)	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i> (LymePak)	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg, 150 mg, 75 mg</i>	4	
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (drlec) 200 mg, 50 mg</i> (Doryx)	4	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxyne NL)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	3	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet (Avidoxy) 100 mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>mondoxyne nl oral capsule 100 mg</i> (doxycycline monohydrate)	2	
<i>mondoxyne nl oral capsule 75 mg</i> (doxycycline monohydrate)	4	QL (60 per 30 days)
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	5	NDS
<b>Anticonceptivos</b>		
<b>Anticonceptivos</b>		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>amethia oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>caziant (28) oral tablet</i> <i>0.11.125/1.15-25 mg-mcg</i>		2	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	
<i>daysee oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>desog-e.estradiolle.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Azurette (28))	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Apri)	2	
<i>drosiprenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	(Jasmiel (28))	2	
<i>drosiprenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	(Syeda)	2	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<b>ELLA ORAL TABLET 30 MG</b>		4	QL (6 per 365 days)
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	3	QL (1 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/175-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/35 (28))	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Kelnor 1-50 (28))	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(EluRyng)	2	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/175 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/175 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/175 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	4	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>l norgestle.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(LoJaimiess)	2	QL (91 per 84 days)
<i>l norgestle.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(Amethia)	2	QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Afirmelle)	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Altavera (28))	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Iclevia)	2	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Enpresse)	2	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>lojaimiess oral tablets, dose pack, 3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>luteru (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		2	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	(Camila)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela 1.5/30 (21))	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela 1/20 (21))	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Merzee)	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1-20 (28))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1.5/30 (28))	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Tri-Legest Fe)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (Tri-Lo-Estarylla)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (Tri-Estarylla)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Mili)	2	
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>pimtreea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	2	
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<b>SLYND ORAL TABLET 4 MG (28)</b>	4	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/175 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/175 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/175-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tulana oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>tyblume oral tablet, chewable 0.1 mg- 20 mcg</i>		4	
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/1.125/1.15-25 mg-mcg</i>		2	
<i>vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		2	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>		3	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>		2	QL (3 per 28 days)
<i>zarah oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
<i>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Anticonvulsivos</b>		
<b>Anticonvulsivos</b>		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	3	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Carbatrol)	2	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Tegretol)	3	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Epilex)	2	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Tegretol XR)	2	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	2	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	3	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	3	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 5-7.5-10 mg</i> (Diastat AcuDial)	4	
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i> (Diastat)	4	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	2	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	2	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	2	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	2	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	4	ST; QL (480 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	3	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	2	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i> (Felbatol)	5	NDS
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	3	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg pel/2 ml, 500 mg pel/10 ml</i> (Cerebyx)	2	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	ST; NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	2	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	2	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	2	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	2	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	2	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	2	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Blue))	4	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg(14)- 50 mg (14)-100 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Orange))	4	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 50 mg (42) - 100 mg (14)</i> (Lamictal ODT Starter (Green))	4	
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i> (Lamictal XR)	4	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	2	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	3	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	2	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	3	
<b>NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)</b>	4	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	3	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	2	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	2	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	2	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	2	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	2	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	4	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	2	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	5	NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	3	
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	5	NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA BvD; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	ST; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	3	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	2	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	2	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2)	5	NDS
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1- 150MG X1)	4	ST; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	4	ST
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	4	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	2	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (1080 per 30 days)
<b>Antidepresivos</b>		
<b>Antidepresivos</b>		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	2	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>	4	
<i>amoxapine oral tablet 50 mg</i>	2	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	5	ST; NDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	2	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	2	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	2	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	3	QL (600 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa)	1	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	4	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	2	
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	2	QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release (drlec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta)	2	QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release (drlec) 40 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	4	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	4	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Prozac)	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	4	
<i>maprotiline oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<b>MARPLAN ORAL TABLET 10 MG</b>	4	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	2	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab)	2	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	3	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	4	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	4	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> (Paxil CR)	4	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	2	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG	4	PA NSO
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	5	PA NSO; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	4	
<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>	4	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg</i>	4	QL (90 per 30 days)
VIIBRYD ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	3	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	2	QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Antifúngicos</b>		
<b>Antifúngicos</b>		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	PA BvD
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	(amphotericin b liposome) 5	PA BvD; NDS
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	3	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i>	(AmBisome) 5	PA BvD; NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg</i>	(Cancidas) 3	
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	(Ciclodan) 2	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	4	QL (300 per 30 days)
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	(Loprox) 4	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	(Ciclodan) 2	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	(Loprox (as olamine)) 4	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	2	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	(Antifungal (clotrimazole)) 2	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	2	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	4	QL (90 per 30 days)
<i>econazole topical cream 1 %</i>	4	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	(Diflucan) 3	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	5	NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	4	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	2	
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i> (Sporanox)	5	PA; NDS
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i> (Extina)	3	ST; QL (100 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	3	
NOXAFIL INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/16.7 ML (posaconazole)	5	NDS
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG	5	PA; NDS
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	2	QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	2	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	2	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	2	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole intravenous solution 300 mg/16.7 ml</i> (Noxafil)	5	NDS
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Noxafil)	5	PA; NDS
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg</i> (Noxafil)	5	PA; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	5	PA BvD; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	5	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i> (Vfend)	4	
<b>Antihistamínicos</b>		
<b>Antihistamínicos</b>		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	2	
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	2	
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	2	
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml</i>	3	
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i> (Diphen)	3	
<i>hydroxyzine 100 mg/2 ml vial sdv 50 mg/ml</i>	3	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml</i>	3	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i> (Xyzal)	4	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	2	
<b>Antimicrobianos</b>		
<b>Antimicrobianos</b>		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>ethambutol oral tablet 400 mg</i> (Myambutol)	2	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
<b>PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG</b>	4	QL (30 per 30 days)
<b>PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG</b>	4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	3	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	4	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	4	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
<b>Antivirales (Sitémico)</b>		
<b>Antirretrovirales</b>		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	3	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i> (Ziagen)	2	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i> (Epzicom)	2	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i> (Trizivir)	5	NDS
APRETUDE (cabotegravir) INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	3	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	3	
BIKTARVY ORAL TABLET 30- 120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	5	NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	5	NDS; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular (Apretude) suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i>	5	NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300- 300 MG	5	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5	NDS
<i>darunavir ethanolate oral tablet 600 (Prezista) mg, 800 mg</i>	5	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120- 15 MG, 200-25 MG	5	NDS
<i>didanosine oral capsule,delayed release(drlec) 250 mg, 400 mg</i>	3	
DOVATO ORAL TABLET 50- 300 MG	5	NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	3	
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	2	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	3	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral (Atripla) tablet 600-200-300 mg</i>	5	NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	5	NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	5	NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	3	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i> (Truvada)	5	NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	4	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelece)	5	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i> (Lexiva)	5	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	5	NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5	NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	4	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NDS
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	2	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	2	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i> (Combivir)	2	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	2	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	3	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	5	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	5	NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	4	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	4	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	3	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	5	NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	5	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	2	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	5	NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	5	PA BvD; NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	2	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	4	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	5	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG (abacavir-lamivudine-zidovudine)	5	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5	NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	4	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	
<b>Antivirales Hcv</b>		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (sofosbuvir-velpatasvir)	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (ledipasvir-sofosbuvir)	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
<b>Antivirales, Varios</b>		
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i> (Foscavir)	4	PA BvD
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	3	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	3	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	3	QL (42 per 180 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	3	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	4	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12 ML	5	PA; NDS; QL (336 per 28 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 480 MG/24 ML	5	PA; NDS; QL (672 per 28 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	3	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
XOFLUZA 40 MG TAB (80 MG DOSE)	4	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	4	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG	4	QL (2 per 180 days)
<b>Interferones</b>		
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)	5	PA NSO; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	NDS
<b>Nucleósidos Y Nucleótidos</b>		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	4	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	2	PA BvD
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	3	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	3	
<i>cidofovir intravenous solution 75 mg/ml</i>	5	NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	5	PA BvD; NDS
<i>ganciclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>lagevrio (eua) oral capsule 200 mg</i>	4	QL (40 per 5 days)
<i>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i> (Virazole)	5	PA BvD; NDS
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	3	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	2	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	5	NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	2	
VEKLURY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (remdesivir)	5	PA BvD; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) 2	
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD UF MICRO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	2	
BD UF MINI PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
BD UF NANO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
BD UF ORIG PEN NDL (pen needle, diabetic) 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD UF SHORT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD VEO INS SYRING 1 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	
BD VEO INS SYRN 0.3 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	
BD VEO INS SYRN 0.5 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X (gauze bandage) 2 "	1	
CAREFINE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 3/16"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 30G 30 GAUGE X 5/16"	2	
CAREFINE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	2	
CAREFINE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
CAREONE SYR 0.3 ML (Advocate Syringes) 31GX5/16" SHORT, HRI 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
CARETOUCH SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE, MINI, HRI 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 (gauze bandage) X 2 "	1	
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	
CURITY GAUZE PADS 1'S(12 (gauze bandage) PLY) 2 X 2 "	1	
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 (gauze bandage) 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"	2	
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 0.3 ML 29 u-100) GAUGE X 1/2"	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"		2
DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		2
DROPLET PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
DROPLET PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
DROPLET PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
DROPLET PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	(pen needle, diabetic, safety)
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	(insulin syringe-needle u-100)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR (insulin syringe-needle 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR (insulin syringe-needle 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML RETRACTABLE 1 ML 30 u-100) GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML	(insulin syringe needleless)	2
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		2
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"		2
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		2

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 (Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE (Lite Touch Insulin Syringe)	2	
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (Lite Touch Insulin Syringe)	2	
EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	2	
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (Advocate Syringes)	2	
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE (Lite Touch Insulin Syringe)	2	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (gauze bandage)	1	
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	2	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE	2	
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30 (insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
HEALTHWISE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	
INSULIN SYR 0.3 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	2	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	2	
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML (insulin syringe-needle SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML u-100) 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	2	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML (insulin syringe-needle SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 u-100) GAUGE X 7/16"	2	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE	2	
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
LITE TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
LITE TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	2	
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
LITETOUCH INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	2	
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC) (insulin syringes (disposable))	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"		2	
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
NOVOFINE 30 NEEDLE		2	
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		2	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"		2	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)		3	QL (1 per 365 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16" (Embrace Pen Needle)	2	
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16" (AboutTime Pen Needle)	2	
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (1st Tier Unifine Pentips Plus)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PEN NEEDLES 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	2	
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	2	
PEN NEEDLES 6MM 31G (1st Tier Unifine 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X Pentips) 1/4"	2	
PEN NEEDLES 8MM 31G (pen needle, diabetic) 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16"	2	
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	2	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR (Lite Touch Insulin Syringe) 1/2 ML 29	2	
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	2	
RELION MINI PEN 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) NDL 31 GAUGE X 1/4"	2	
RELION PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	2	
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X (pen needle, diabetic, 31G 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	2	
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
SM STERILE PADS 2" X 2" (gauze bandage) 2"X2", STERILE 2 X 2 "	1	
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
NEEDLES, INSULIN DISP., (insulin syringe-needle SAFETY u-100)	2	
SURE COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 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"	2	
SURE COMFORT 1 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
SURE COMFORT 3/10 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", u-100) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
SURE-JECT INSU SYR U100 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 u-100) ML 30 GAUGE X 5/16	2	
SURE-JECT INSULIN (insulin syringe-needle SYRINGE 1 ML 1 ML 31 u-100) GAUGE X 5/16	2	
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
TERUMO INS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	
TRUE COMFORT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFE PACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ULTIGUARD SAFEPAK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 u-100) ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	2	
ULTILET PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTRA COMFORT 0.3 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" CONVERTS TO 29G u-100) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE u-100)	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
VERIFINE SYRING 1 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	
V-GO 20 DEVICE	3	
V-GO 30 DEVICE	3	
V-GO 40 DEVICE	3	
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>		
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>		
<i>calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)</i>	2	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	3	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	3	
<i>electrolyte-148 intravenous (Plasma-Lyte 148) parenteral solution</i>	4	
ISOLYTE S IV SOLUTION- EXCEL SINGLE USE	4	
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (potassium chloride)	2	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (potassium chloride)	2	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (potassium chloride)	2	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	2	
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4%), 40 gram/1,000 ml (4%)</i>	2	
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4%), 4 gram/100 ml (4%), 4 gram/50 ml (8%)</i>	2	
<i>magnesium sulfate injection syringe 4 meq/ml</i>	2	
<b>NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION</b>	4	
<b>PLASMA-LYTE 148</b> (electrolyte-148) <b>INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION</b>	4	
<b>PLASMA-LYTE A</b> (electrolyte-a) <b>INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION</b>	4	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1	PA BvD
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml (20 ml)</i>	2	PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	3	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq</i> (K-Tab)	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i> (Klor-Con 8)	2	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10)	2	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	2	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	2	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i> (Urocit-K 5)	2	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	3	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	4	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9% solution viaflex, single use</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen</b>		
<b>Agentes Hematológicos, Varios</b>		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NDS
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	2	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION 189 MG/ML	5	PA; NDS
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG	4	PA
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tranexamic acid intravenous solution 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i> (Cyklokapron)	2	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	
<b>Anticoagulantes</b>		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 150 mg, 75 mg</i> (Pradaxa)	4	ST; QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i> (Lovenox)	3	QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) <i>100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) <i>120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	3	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30</i> (Lovenox) <i>mg/0.3 ml</i>	3	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40</i> (Lovenox) <i>mg/0.4 ml</i>	3	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60</i> (Lovenox) <i>mg/0.6 ml</i>	3	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) <i>10 mg/0.8 ml</i>	5	NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) <i>2.5 mg/0.5 ml</i>	3	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) <i>5 mg/0.4 ml</i>	5	NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) <i>7.5 mg/0.6 ml</i>	5	NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i> <i>5,000 unit/ml (1 ml)</i>	2	
<i>heparin (porcine) injection solution</i> <i>1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml,</i> <i>20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	2	
<i>heparin sodium 1,000 unit/ml vial</i> <i>sdv, outer</i>	3	
<i>heparin sodium 10,000 unit/ml vial</i> <i>mdv, outer</i>	3	
<i>heparin sodium 5,000 unit/ml vial</i> <i>suv, outer</i>	3	
<i>heparin, porcine (pf) injection</i> <i>solution 1,000 unit/ml</i>	2	
<i>heparin, porcine (pf) injection</i> <i>syringe 5,000 unit/0.5 ml</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	3	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (warfarin)	1	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Jantoven)	1	
<b>XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)</b>	3	
<b>XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML</b>	3	QL (600 per 30 days)
<b>XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG</b>	3	QL (30 per 30 days)
<b>XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG</b>	3	QL (60 per 30 days)
<b>Inhibidores De Agregación De Plaquetas</b>		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<b>BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG</b>	3	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	2	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	2	QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Modificadores De Formación De Sangre</b>		
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	5	PA; NDS
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5	PA; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	5	NDS
MOZOBIL SUBCUTANEOUS (plerixafor) SOLUTION 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML)	5	NDS
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
NPLATE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 125 MCG, 250 MCG, 500 MCG	5	PA; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
RELEUKO INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 per 28 days)
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>		
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	5	NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	5	PA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	NDS
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	3	
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/3 ML	5	NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ELITEK INTRAVENOUS RECON SOLN 1.5 MG, 7.5 MG	5	NDS
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	5	PA; NDS
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	5	PA; NDS; QL (14 per 28 days)
<i>javygtor oral tablet, soluble 100 mg</i> (sapropterin)	5	PA; NDS
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NDS
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION 8 MG/ML	5	PA BvD; NDS
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Zavesca)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	5	NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	5	PA; NDS
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG (nitisinone)	5	PA; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	5	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NDS
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i> (Javygtor)	5	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; LA; NDS
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML (1 MG/ML)	5	PA; NDS
VPRIV INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	NDS
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	3	
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg</i>	5	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	3	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	4	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg (Dantrium)</i>	4	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>revonto intravenous recon soln 20 mg</i> (dantrolene)	2	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	2	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	2	
<b>Vitaminas Y Minerales</b>		
<b>Vitaminas Y Minerales</b>		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	2	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	2	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg</i>	2	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	2	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	2	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>obstetrix dha oral combo pack, tablet and cap, dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	2	
<i>o-cal prenatal tablet 15 mg iron-1,000 mcg</i>	2	
<i>pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>pnv prenatal plus multivit tab (pnv, calcium 72-iron-gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg folic acid)</i>	2	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	2	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	2	
<i>pnv-yp-u oral capsule 106.5-1 mg</i>	2	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	2	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	2	
<i>preнал true combo pack 30 mg iron-1.4 mg-300 mg</i>	2	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	2	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	2	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	2	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	2	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	2	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	2	
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	
<i>pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg</i>	2	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	2	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	2	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	2	
<i>triveen-duo dha combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>vinate care chewable tablet 40 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	2	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	2	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	
<i>virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg</i>	2	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	2	
<i>vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	2	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	2	
<i>vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron-1 mg-200 mg</i>	2	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	2	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	2	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2023

Identificación del Formulario: 23416.000

## ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS.....	178	<i>adrucil</i> .....	3	ALUNBRIG.....	3
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	178	ADVAIR DISKUS.....	74	<i>alyacen 1/35 (28)</i> .....	144
<i>abacavir</i> .....	169	ADVAIR HFA.....	74	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i> .....	144
<i>abacavir-lamivudine</i> .....	169	ADVOCATE PEN NEEDLE .....	179	<i>alyq</i> .....	124
<i>abacavir-lamivudine- zidovudine</i> .....	169	ADVOCATE SYRINGES .....	178, 179	<i>amabelz</i> .....	93
ABELCET.....	165	<i>afirmelle</i> .....	144	<i>amantadine hcl</i> .....	35
ABILIFY MAINTENA....	37, 38	AJOVY AUTOINJECTOR....	30	AMBISOME.....	165
<i>abiraterone</i> .....	3	AJOVY SYRINGE.....	30	<i>ambrisentan</i> .....	124
ABOUTTIME PEN NEEDLE.....	178	AKYNZEO (FOSNETUPITANT).....	32	<i>amethia</i> .....	144
ABRAXANE.....	3	AKYNZEO (NETUPITANT).....	32	<i>amiloride</i> .....	58
ABRYSVO.....	108	<i>ala-cort</i> .....	78	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..	58
<i>acamprosate</i> .....	20	<i>ala-scalp</i> .....	78	AMINOSYN-PF 7% (SULFITE-FREE).....	44
<i>acarbose</i> .....	24	<i>albendazole</i> .....	34	<i>amiodarone</i> .....	47, 48
<i>accutane</i> .....	82	<i>albuterol sulfate</i> .....	75, 76	<i>amitriptyline</i> .....	161
<i>acebutolol</i> .....	48	<i>alcaine</i> .....	120	<i>amitriptyline-chlordiazepoxide</i>	161
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	128	<i>alclometasone</i> .....	78	<i>amlodipine</i> .....	54
<i>acetazolamide</i> .....	114	ALCOHOL PADS.....	82	<i>amlodipine-atorvastatin</i> .....	55
<i>acetazolamide sodium</i> .....	114	ALCOHOL PREP PADS.....	83	<i>amlodipine-benazepril</i> .....	54
<i>acetic acid</i> .....	115	ALCOHOL PREP SWABS....	82	<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	54
<i>acetylcysteine</i> .....	72	ALCOHOL SWABS.....	82	<i>amlodipine-valsartan</i> .....	55
<i>acitretin</i> .....	82	ALCOHOL WIPES.....	83	<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i> ..	55
ACTEMRA.....	100	ALDURAZYME.....	235	<i>ammonium lactate</i> .....	82
ACTEMRA ACTPEN.....	100	ALECENSA.....	3	<i>amoxapine</i> .....	161
ACTHAR.....	97	<i>alendronate</i> .....	63	<i>amoxicil-clarithromy- lansopraz</i> .....	86
ACTHIB (PF).....	108	<i>alfuzosin</i> .....	91	<i>amoxicillin</i> .....	140
ACTIMMUNE.....	121	ALIMTA.....	3	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....	140, 141
<i>acyclovir</i> .....	82, 177	<i>aliskiren</i> .....	61	<i>amphotericin b</i> .....	165
<i>acyclovir sodium</i> .....	177	<i>allopurinol</i> .....	30	<i>amphotericin b liposome</i> .....	165
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)....	108	<i>alose tron</i> .....	62	<i>ampicillin</i> .....	141
ADAKVEO.....	230	ALPHAGAN P.....	114	<i>ampicillin sodium</i> .....	141
<i>adapalene</i> .....	85	<i>alprazolam</i> .....	21, 22	<i>ampicillin-sulbactam</i> .....	141
<i>adefovir</i> .....	177	ALREX.....	118	<i>anagrelide</i> .....	230
ADEMPAS.....	124	<i>altavera (28)</i> .....	144	<i>anastrozole</i> .....	3
		ALTRENO.....	85	ANORO ELLIPTA.....	76
				<i>apomorphine</i> .....	35

APONVIE.....	32	AUSTEDO.....	66	BD INSULIN SYRINGE	
<i>apraclonidine</i> .....	120	AUSTEDO XR.....	66	ULTRA-FINE.....	180
<i>aprepitant</i> .....	32	AUSTEDO XR		BD NANO 2ND GEN PEN	
APRETUDE.....	169	TITRATION KT(WK1-4).....	66	NEEDLE.....	181
<i>apri</i> .....	144	AUVELITY.....	161	BD SAFETYGLIDE	
APTIOM.....	155	<i>aviane</i> .....	145	INSULIN SYRINGE....	181, 182
APTIVUS.....	169	AVONEX.....	66	BD SAFETYGLIDE	
<i>aranelle (28)</i> .....	145	AVSOLA.....	100	NEEDLE.....	181
ARCALYST.....	100	<i>ayuna</i> .....	145	BD SAFETYGLIDE	
AREXVY ANTIGEN		AYVAKIT.....	3	SYRINGE.....	181
COMPONENT.....	108	<i>azacitidine</i> .....	3	BD ULTRA-FINE MICRO	
<i>aripiprazole</i> .....	38	<i>azathioprine</i> .....	100	PEN NEEDLE.....	182
ARISTADA.....	38	<i>azathioprine sodium</i> .....	100	BD ULTRA-FINE MINI	
ARISTADA INITIO.....	38	<i>azelastine</i> .....	120	PEN NEEDLE.....	182
<i>armodafinil</i> .....	65	<i>azithromycin</i> .....	139	BD ULTRA-FINE NANO	
ARNUITY ELLIPTA.....	74	AZOPT.....	114	PEN NEEDLE.....	182
<i>ascomp with codeine</i> .....	128	<i>aztreonam</i> .....	136	BD ULTRA-FINE ORIG	
<i>asenapine maleate</i> .....	38	<i>azurette (28)</i> .....	145	PEN NEEDLE.....	182
<i>ashlyna</i> .....	145	<i>bacitracin</i> .....	115, 135	BD ULTRA-FINE SHORT	
<i>aspirin-dipyridamole</i> .....	232	<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	115	PEN NEEDLE.....	182
ASSURE ID DUO-SHIELD	179	<i>baclofen</i> .....	237	BD VEO INSULIN SYR	
ASSURE ID INSULIN		<i>bal-care dha</i> .....	238	(HALF UNIT).....	182
SAFETY.....	179, 180	<i>bal-care dha essential</i> .....	238	BD VEO INSULIN	
ASSURE ID PEN NEEDLE		<i>balsalazide</i> .....	62	SYRINGE UF.....	182
.....	179, 180	BALVERSA.....	3	BELSOMRA.....	65
<i>atazanavir</i> .....	169	<i>balziva (28)</i> .....	145	<i>benazepril</i> .....	59
<i>atenolol</i> .....	49	BCG VACCINE, LIVE (PF)	108	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	60
<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	49	BD ALCOHOL SWABS.....	82	<i>bendamustine</i> .....	3
<i>atomoxetine</i> .....	66	BD AUTOSHIELD DUO		BENDAMUSTINE.....	4
<i>atorvastatin</i> .....	55	PEN NEEDLE.....	180	BENDEKA.....	4
<i>atovaquone</i> .....	34	BD ECLIPSE LUER-LOK...	180	BENLYSTA.....	100
<i>atovaquone-proguanil</i> .....	34	BD INSULIN SYRINGE		<i>benztropine</i> .....	35
<i>atropine</i> .....	120	.....	180, 181	<i>bepotastine besilate</i> .....	120
ATROVENT HFA.....	76	BD INSULIN SYRINGE		BESREMI.....	101
<i>abra eq</i> .....	145	(HALF UNIT).....	180	<i>betaine</i> .....	121
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i> .....	145	BD INSULIN SYRINGE		<i>betamethasone acet,sod phos</i> ....	95
<i>aurovela 1/20 (21)</i> .....	145	SLIP TIP.....	181	<i>betamethasone dipropionate</i>	78, 79
<i>aurovela 24 fe</i> .....	145	BD INSULIN SYRINGE U-		<i>betamethasone valerate</i> .....	79
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i> .....	145	500.....	180	<i>betamethasone, augmented</i> .....	79
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i> .....	145			BETASERON.....	67

<i>betaxolol</i> .....	49, 114	<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i>	128	CARETOUCH INSULIN	
<i>bethanechol chloride</i> .....	91	<i>butalbital-acetaminophen</i> .....	128	SYRINGE.....	183, 184
<i>bexarotene</i> .....	4	<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	128	CARETOUCH PEN	
BEXSERO.....	108	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> .....	128	NEEDLE.....	183
<i>bicalutamide</i> .....	4	<i>butorphanol</i> .....	128	<i>carglumic acid</i> .....	88
BICILLIN L-A.....	141	CABENUVA.....	170	CAROSPIR.....	61
BIKTARVY.....	169	<i>cabergoline</i> .....	35	<i>carteolol</i> .....	114
<i>bimatoprost</i> .....	114	CABLIVI.....	230	<i>cartia xt</i> .....	50
<i>bisoprolol fumarate</i> .....	49	CABOMETYX.....	4	<i>carvedilol</i> .....	49
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	49	<i>cabotegravir</i> .....	170	<i>casprofungin</i> .....	165
<i>bleomycin</i> .....	4	<i>caffeine citrate</i> .....	67	CAYSTON.....	137
<i>bleph-10</i> .....	115	<i>calcipotriene</i> .....	82	<i>caziant (28)</i> .....	146
<i>blisovi 24 fe</i> .....	145	<i>calcitonin (salmon)</i> .....	63	<i>cefaclor</i> .....	137
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i> .....	145	<i>calcitriol</i> .....	63	<i>cefadroxil</i> .....	137
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i> .....	145	<i>calcium acetate(phosphat</i>		<i>cefazolin</i> .....	137
BOOSTRIX TDAP.....	108	<i>bind)</i> .....	90	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i>	137
BORDERED GAUZE.....	182	<i>calcium chloride</i> .....	227	<i>cefdinir</i> .....	137, 138
<i>bortezomib</i> .....	4	CALQUENCE.....	4	<i>cefepime</i> .....	138
ORTEZOMIB.....	4	CALQUENCE		<i>cefixime</i> .....	138
BOSULIF.....	4	(ACALABRUTINIB MAL).....	4	<i>cefotaxime</i> .....	138
BRAFTOVI.....	4	<i>camila</i> .....	145	<i>cefoxitin</i> .....	138
BREO ELLIPTA.....	74	<i>candesartan</i> .....	53	<i>cefpodoxime</i> .....	138
BREZTRI AEROSPHERE....	76	<i>candesartan-</i>		<i>cefprozil</i> .....	138
<i>briellyn</i> .....	145	<i>hydrochlorothiazid</i> .....	53	<i>ceftazidime</i> .....	138
BRILINTA.....	232	CAPLYTA.....	39	<i>ceftriaxone</i> .....	138
<i>brimonidine</i> .....	114	CAPRELSA.....	4, 5	<i>cefuroxime axetil</i> .....	138
<i>brimonidine-timolol</i> .....	114	<i>captopril</i> .....	60	<i>cefuroxime sodium</i> .....	138, 139
BRIVIACT.....	155	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i> ...	60	<i>celecoxib</i> .....	125
<i>bromfenac</i> .....	118	<i>carbamazepine</i> .....	155	<i>cephalexin</i> .....	139
<i>bromocriptine</i> .....	35	<i>carbidopa</i> .....	35	CERDELGA.....	235
BROMSITE.....	118	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	35, 36	CEREZYME.....	235
BRUKINSA.....	4	<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>cevimeline</i> .....	78
<i>budesonide</i> .....	62, 74	<i>entacapone</i> .....	36	<i>chateal eq (28)</i> .....	146
<i>bumetanide</i> .....	58	<i>carbinoxamine maleate</i> .....	167	<i>chloramphenicol sod succinate</i>	135
<i>buprenorphine</i> .....	128	<i>carboplatin</i> .....	5	<i>chlordiazepoxide hcl</i> .....	22
<i>buprenorphine hcl</i> .....	20, 128	CAREFINE PEN NEEDLE		<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	78
<i>buprenorphine-naloxone</i> .....	20	.....	182, 183	<i>chloroquine phosphate</i> .....	34
<i>bupropion hcl</i> .....	161	CARETOUCH ALCOHOL		<i>chlorothiazide sodium</i> .....	58
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	20	PREP PAD.....	82	<i>chlorpromazine</i> .....	39
<i>bupirone</i> .....	121			<i>chlorthalidone</i> .....	58

<i>chlorzoxazone</i> .....	237	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE).....	45	COMBIVENT RESPIMAT ...	76
<i>cholestyramine (with sugar)</i> .....	55	CLINIMIX 8%- D10W(SULFITE-FREE).....	45	COMETRIQ.....	5
<i>cholestyramine light</i> .....	55	CLINIMIX 8%- D14W(SULFITE-FREE).....	45	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	184, 185, 186
<i>ciclopirox</i> .....	165	CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE.....	45	COMFORT EZ PEN NEEDLES.....	185
<i>cidofovir</i> .....	177	CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE.....	45	COMFORT TOUCH PEN NEEDLE.....	186, 187
<i>cilostazol</i> .....	232	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE.....	45	COMPLERA.....	170
CIMDUO.....	170	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE.....	46	<i>completenate</i> .....	238
<i>cimetidine</i> .....	86	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE.....	46	<i>compro</i> .....	32
<i>cimetidine hcl</i> .....	86	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE.....	46	<i>constulose</i> .....	88
CIMZIA.....	101	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE.....	46	COPAXONE.....	67
CIMZIA POWDER FOR RECONST.....	101	<i>clobazam</i> .....	155	COPIKTRA.....	5
<i>cinacalcet</i> .....	63	<i>clobetasol</i> .....	79	CORLANOR.....	52
CINQAIR.....	72	<i>clobetasol-emollient</i> .....	79	CORTROPHIN GEL.....	97
CINRYZE.....	233	<i>clomipramine</i> .....	161	COSENTYX.....	101
<i>ciprofloxacin</i> .....	142	<i>clonazepam</i> .....	22	COSENTYX (2 SYRINGES) .....	101
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	116, 142	<i>clonidine</i> .....	47	COSENTYX PEN (2 PENS)	101
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> ..	142	<i>clonidine hcl</i> .....	47, 67	COTELIC.....	5
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .	116	<i>clopidogrel</i> .....	232	CREON.....	235
<i>cialopram</i> .....	161	<i>clorazepate dipotassium</i> .....	22	<i>cromolyn</i> .....	72, 88, 120
<i>cladribine</i> .....	5	<i>clotrimazole</i> .....	165	<i>cryselfe (28)</i> .....	146
<i>clarithromycin</i> .....	139	<i>clotrimazole-betamethasone</i> ...	165	CURAD GAUZE PAD.....	187
<i>clemastine</i> .....	167	<i>clozapine</i> .....	39	CURITY ALCOHOL SWABS.....	83
CLENPIQ.....	90	<i>c-nate dha</i> .....	238	CURITY GAUZE.....	187
CLICKFINE PEN NEEDLE .....	184	COARTEM.....	34	<i>cyclafem 1/35 (28)</i> .....	146
<i>clindamycin hcl</i> .....	135	<i>codeine sulfate</i> .....	129	<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i> .....	146
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ...	135	<i>codeine-butalbital-asa-caff</i> .....	129	<i>cyclobenzaprine</i> .....	237
<i>clindamycin pediatric</i> .....	135	<i>colchicine (gout)</i> .....	30	<i>cyclopentolate</i> .....	120
<i>clindamycin phosphate</i> .....	84, 134, 135	<i>colesevelam</i> .....	56	<i>cyclophosphamide</i> .....	5
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> ...	84	<i>colestipol</i> .....	56	<i>cyclosporine</i> .....	101
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE.....	44	<i>colistin (colistimethate na)</i> .....	135	<i>cyclosporine modified</i> .....	101
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE.....	45			<i>cyproheptadine</i> .....	167
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE.....	45			CYRAMZA.....	5
CLINIMIX 5%- D20W(SULFITE-FREE).....	45			<i>cyred eq</i> .....	146
				CYSTADROPS.....	120
				CYSTARAN.....	120



<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i> .....	227	<i>dexamethasone</i> .....	95	<i>disulfiram</i> .....	21
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> ..	227	<i>dexamethasone sodium phos (pf)</i> .....	95	<i>divalproex</i> .....	156
<i>dabigatran etexilate</i> .....	230	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> .....	95, 118	<i>docetaxel</i> .....	6
<i>dalfampridine</i> .....	67	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> .....	95, 118	<i>dofetilide</i> .....	48
<i>danazol</i> .....	92	<i>dexmethylphenidate</i> .....	67	<i>donepezil</i> .....	23
<i>dantrolene</i> .....	237	<i>dextrazoxane hcl</i> .....	121	<b>DOPTELET (10 TAB PACK)</b>	
<b>DANYELZA</b> .....	5	<i>dextroamphetamine sulfate</i> .....	67	.....	233
<i>dapsone</i> .....	168	<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> .....	67, 68	<b>DOPTELET (15 TAB PACK)</b>	
<b>DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)</b> .....	109	<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> .	46	.....	233
<i>daptomycin</i> .....	135	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> ...	46	<i>dorzolamide</i> .....	114
<i>darunavir ethanolate</i> .....	170	<b>DIACOMIT</b> .....	155	<i>dorzolamide-timolol</i> .....	114
<b>DARZALEX</b> .....	5	<i>diazepam</i> .....	22, 156	<i>dotti</i> .....	93
<b>DARZALEX FASPRO</b> .....	5	<i>diazepam intensol</i> .....	22	<b>DOVATO</b> .....	170
<i>dasetta 1/35 (28)</i> .....	146	<i>diazoxide</i> .....	121	<i>doxazosin</i> .....	47
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i> .....	146	<i>diclofenac potassium</i> .....	125	<i>doxepin</i> .....	162
<b>DAURISMO</b> .....	6	<i>diclofenac sodium</i> ....	118, 125, 126	<i>doxercalciferol</i> .....	63
<i>daysee</i> .....	146	<i>diclofenac-misoprostol</i> .....	126	<i>doxorubicin</i> .....	6
<i>deblitane</i> .....	146	<i>dicloxacillin</i> .....	141	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> .....	6
<i>decitabine</i> .....	6	<i>dicyclomine</i> .....	88	<i>doxy-100</i> .....	143
<i>deferasirox</i> .....	133	<i>didanosine</i> .....	170	<i>doxycycline hyclate</i> .....	143
<i>deferiprone</i> .....	133	<b>DIFICID</b> .....	139, 140	<i>doxycycline monohydrate</i> .....	143, 144
<i>deferoxamine</i> .....	133	<i>diflorasone</i> .....	80	<b>DRIZALMA SPRINKLE</b> ....	162
<b>DELSTRIGO</b> .....	170	<i>diflunisal</i> .....	126	<i>dronabinol</i> .....	32
<i>demeclocycline</i> .....	143	<i>difluprednate</i> .....	118	<i>droperidol</i> .....	32
<b>DENGVAXIA (PF)</b> .....	109	<i>digitek</i> .....	52	<b>DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)</b> .....	187, 188
<i>denta 5000 plus</i> .....	78	<i>digox</i> .....	52	<b>DROPLET INSULIN SYRINGE</b> .....	187, 188, 189
<i>dentagel</i> .....	78	<i>digoxin</i> .....	52	<b>DROPLET MICRON PEN NEEDLE</b> .....	189
<b>DERMACEA</b> .....	187	<i>dihydroergotamine</i> .....	30	<b>DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS</b> .....	83
<b>DERMACEA NON-WOVEN</b> .....	187	<b>DILANTIN</b> .....	156	<b>DROPSAFE INSULIN SYRINGE</b> .....	190
<b>DESCOVY</b> .....	170	<i>diltiazem hcl</i> .....	50, 51	<b>DROPSAFE PEN NEEDLE</b> ..	189
<i>desipramine</i> .....	161	<i>dilt-xr</i> .....	51	<b>DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS</b> .....	83
<i>desmopressin</i> .....	97	<i>dimenhydrinate</i> .....	32	<b>DROPSAFE INSULIN SYRINGE</b> .....	190
<i>desog-e.estradiolle.estradiol</i> ....	146	<i>dimethyl fumarate</i> .....	68	<b>DROPSAFE PEN NEEDLE</b>	190
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> ....	146	<b>DIPENTUM</b> .....	62	<i>drosiprenone-ethinyl estradiol</i> .	146
<i>desonide</i> .....	79, 80	<i>diphenhydramine hcl</i> .....	168	<b>DROXIA</b> .....	230
<i>desoximetasone</i> .....	80	<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	88		
<i>desvenlafaxine succinate</i> .....	161	<i>dipyridamole</i> .....	232		
		<i>disopyramide phosphate</i> .....	48		

<i>droxidopa</i> .....	47	EDARBI.....	53	ENGERIX-B (PF).....	109
DUAVEE.....	93	EDARBYCLOR.....	53	ENGERIX-B PEDIATRIC	
<i>duloxetine</i> .....	162	EDURANT.....	170	(PF).....	109
DUPIXENT PEN.....	101	<i>efavirenz</i> .....	170	<i>enoxaparin</i> .....	230, 231
DUPIXENT SYRINGE.....	101	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofo</i>	170	<i>enpresse</i> .....	147
<i>dutasteride</i> .....	91	<i>efavirenz-lamivu-tenofo</i>	171	<i>enskyce</i> .....	147
<i>dutasteride-tamsulosin</i> .....	91	EGRIFTA SV.....	97	ENSPRYNG.....	68
EASY COMFORT		ELAPRASE.....	235	<i>entacapone</i> .....	36
ALCOHOL PAD.....	83	<i>electrolyte-148</i> .....	227	ENTADFI.....	91
EASY COMFORT		ELIGARD.....	6	<i>entecavir</i> .....	177
INSULIN SYRINGE....	191, 192	ELIGARD (3 MONTH).....	6	ENTRESTO.....	53
EASY COMFORT PEN		ELIGARD (4 MONTH).....	6	<i>enulose</i> .....	88
NEEDLES.....	191, 192	ELIGARD (6 MONTH).....	6	EPCLUSA.....	175
EASY GLIDE INSULIN		<i>elinest</i> .....	146	EPIDIOLEX.....	156
SYRINGE.....	192	ELIQUIS.....	230	<i>epinastine</i> .....	120
EASY GLIDE PEN		ELIQUIS DVT-PE TREAT		<i>epinephrine</i> .....	52
NEEDLE.....	192	30D START.....	230	<i>epitol</i> .....	156
EASY TOUCH.....	194	ELITEK.....	236	EPIVIR HBV.....	171
EASY TOUCH ALCOHOL		<i>elixophyllin</i> .....	76	EPKINLY.....	6
PREP PADS.....	83	ELLA.....	146	<i>eplerenone</i> .....	61
EASY TOUCH FLIPLOCK		ELMIRON.....	121	<i>epoprostenol</i> .....	124
INSULIN.....	193, 194	<i>eluryng</i> .....	146	EPRONTIA.....	156
EASY TOUCH FLIPLOCK		EMBRACE PEN NEEDLE.	195	<i>eprosartan</i> .....	53
SYRINGE.....	193	EMCYT.....	6	ERBITUX.....	6
EASY TOUCH INSULIN		EMEND.....	32	<i>ergoloid</i> .....	23
SAFETY SYR.....	192, 193	EMGALITY PEN.....	30	ERIVEDGE.....	6
EASY TOUCH INSULIN		EMGALITY SYRINGE.....	30	ERLEADA.....	7
SYRINGE.....	192, 193, 195	<i>emoquette</i> .....	147	<i>erlotinib</i> .....	7
EASY TOUCH LUER		EMSAM.....	162	<i>errin</i> .....	147
LOCK INSULIN.....	194	<i>emtricitabine</i> .....	171	<i>ertapenem</i> .....	137
EASY TOUCH PEN		<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ..	171	<i>ery pads</i> .....	84
NEEDLE.....	194	EMTRIVA.....	171	<i>erythromycin</i> .....	116, 140
EASY TOUCH SAFETY		<i>enalapril maleate</i> .....	60	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...	140
PEN NEEDLE.....	194, 195	<i>enalaprilat</i> .....	60	<i>erythromycin with ethanol</i> .....	85
EASY TOUCH		<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ...	60	<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> .	85
SHEATHLOCK INSULIN		ENBREL.....	102	<i>escitalopram oxalate</i> .....	162
.....	193, 194	ENBREL MINI.....	102	<i>esomeprazole magnesium</i> .....	86
EASY TOUCH UNI-SLIP...	195	ENBREL SURECLICK.....	102	<i>esomeprazole sodium</i> .....	86
<i>ec-naproxen</i> .....	126	ENDARI.....	121	<i>estarylla</i> .....	147
<i>econazole</i> .....	165	<i>endocet</i> .....	129	<i>estazolam</i> .....	22

<i>estradiol</i> .....	93, 94	<i>felodipine</i> .....	55	<i>fluoride (sodium)</i> .....	78
<i>estradiol valerate</i> .....	94	FEMRING.....	94	<i>fluorometholone</i> .....	118
<i>estradiol-norethindrone acet</i> .....	94	<i>femynor</i> .....	147	<i>fluorouracil</i> .....	7, 83
<i>eszopiclone</i> .....	65	<i>fenofibrate</i> .....	56	<i>fluoxetine</i> .....	162
<i>ethambutol</i> .....	168	<i>fenofibrate micronized</i> .....	56	<i>fluphenazine decanoate</i> .....	39
<i>ethosuximide</i> .....	156	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> .....	56	<i>fluphenazine hcl</i> .....	39
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ..	147	<i>fenofibric acid (choline)</i> .....	56	<i>flurazepam</i> .....	22
<i>etodolac</i> .....	126	<i>fenopropfen</i> .....	126	<i>flurbiprofen</i> .....	126
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	147	<i>fentanyl</i> .....	129	<i>flurbiprofen sodium</i> .....	118
ETOPOPHOS.....	7	<i>fentanyl citrate</i> .....	129	<i>flutamide</i> .....	7
<i>etoposide</i> .....	7	FERRIPROX.....	133	<i>fluticasone propionate</i> .....	80, 119
<i>etravirine</i> .....	171	FERRIPROX (2 TIMES A DAY).....	133	<i>fluvastatin</i> .....	56
EUCRISA.....	80	<i>fesoterodine</i> .....	91	<i>fluvoxamine</i> .....	162
EVENITY.....	63	FETZIMA.....	162	<i>folivane-ob</i> .....	238
<i>everolimus (antineoplastic)</i> .....	7	FIASP FLEXTOUCH U-100		<i>fomepizole</i> .....	121
<i>everolimus</i> ( <i>immunosuppressive</i> ).....	102	INSULIN.....	27	<i>fondaparinux</i> .....	231
EVOTAZ.....	171	FIASP PENFILL U-100		FORTEO.....	64
EVRYSDI.....	121	INSULIN.....	27	<i>fosamprenavir</i> .....	171
EXEL INSULIN.....	196	FIASP U-100 INSULIN.....	27	<i>fosaprepitant</i> .....	33
<i>exemestane</i> .....	7	<i>finasteride</i> .....	91	<i>foscarnet</i> .....	175
EXKIVITY.....	7	<i>ingolimod</i> .....	68	<i>fosinopril</i> .....	60
EXONDYS-51.....	121	FINTEPLA.....	156	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> ..	60
EYSUVIS.....	118	FIRVANQ.....	135	<i>fosphenytoin</i> .....	156
EZALLOR SPRINKLE.....	56	<i>flavoxate</i> .....	91	FOTIVDA.....	7
<i>ezetimibe</i> .....	56	FLEBOGAMMA DIF.....	102	FREESTYLE PRECISION..	196
<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....	56	<i>flecainide</i> .....	48	FULPHILA.....	233
FABRAZYME.....	236	FLOVENT DISKUS.....	75	<i>fulvestrant</i> .....	7
<i>falmina (28)</i> .....	147	FLOVENT HFA.....	75	<i>furosemide</i> .....	58
<i>famciclovir</i> .....	177	<i>floxuridine</i> .....	7	FUZEON.....	171
<i>famotidine</i> .....	87	<i>fluconazole</i> .....	165, 166	FYARRO.....	8
<i>famotidine (pf)</i> .....	86	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> ..	165	<i>fyavolv</i> .....	94
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> ..	87	<i>flucytosine</i> .....	166	FYCOMPA.....	156, 157
FANAPT.....	39	<i>fludrocortisone</i> .....	95	FYLNETRA.....	233
FARXIGA.....	24	<i>flumazenil</i> .....	68	<i>gabapentin</i> .....	157
FARYDAK.....	7	<i>flunisolide</i> .....	118	GALAFOLD.....	236
FASENRA.....	72	<i>fluocinolone</i> .....	80	<i>galantamine</i> .....	23
FASENRA PEN.....	72	<i>fluocinolone acetonide oil</i> .....	118	GAMIFANT.....	102
<i>febuxostat</i> .....	30	<i>fluocinonide</i> .....	80	GAMMAGARD LIQUID...	102
<i>felbamate</i> .....	156	<i>fluocinonide-emollient</i> .....	80	GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML).....	102

GAMMAPLEX.....	102	GRANIX.....	233	HUMIRA PEN PSOR-	
GAMMAPLEX (WITH		<i>griseofulvin microsize</i> .....	166	UVEITS-ADOL HS.....	103
SORBITOL).....	102	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	166	HUMIRA(CF).....	104
GAMUNEX-C.....	103	<i>guanfacine</i> .....	47, 68	HUMIRA(CF) PEDI	
<i>ganciclovir sodium</i> .....	177	GVOKE.....	122	CROHNS STARTER.....	103
GARDASIL 9 (PF).....	109	GVOKE HYPOPEN 2-		HUMIRA(CF) PEN.....	104
<i>gatifloxacin</i> .....	116	PACK.....	122	HUMIRA(CF) PEN	
GATTEX 30-VIAL.....	88	GVOKE PFS 1-PACK		CROHNS-UC-HS.....	103
GAUZE PAD.....	197	SYRINGE.....	122	HUMIRA(CF) PEN	
<i>gavilyte-c</i> .....	90	HAEGARDA.....	233	PEDIATRIC UC.....	103
<i>gavilyte-g</i> .....	90	<i>hailey</i> .....	147	HUMIRA(CF) PEN PSOR-	
<i>gavilyte-n</i> .....	90	<i>hailey 24 fe</i> .....	147	UV-ADOL HS.....	104
GAVRETO.....	8	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i> .....	147	HUMULIN R U-500	
<i>gefitinib</i> .....	8	<i>hailey fe 1/20 (28)</i> .....	147	(CONC) INSULIN.....	27
<i>gemcitabine</i> .....	8	<i>halobetasol propionate</i> .....	80	HUMULIN R U-500	
<i>gemfibrozil</i> .....	56	<i>haloette</i> .....	147	(CONC) KWIKPEN.....	27
<i>generlac</i> .....	88	<i>haloperidol</i> .....	40	<i>hydralazine</i> .....	52
<i>gengraf</i> .....	103	<i>haloperidol decanoate</i> .....	40	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	58, 59
<i>gentak</i> .....	116	<i>haloperidol lactate</i> .....	40	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ...	129
<i>gentamicin</i> .....	85, 116, 134	HARVONI.....	175	<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....	129
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> .....	134	HAVRIX (PF).....	109	<i>hydrocortisone</i> .....	62, 80, 81, 95
<i>gentamicin sulfate (pf)</i> .....	134	HEALTHWISE INSULIN		<i>hydrocortisone butyrate</i> .....	81
GENVOYA.....	171	SYRINGE.....	197	<i>hydrocortisone valerate</i> .....	81
GILENYA.....	68	HEALTHWISE PEN		<i>hydrocortisone-acetic acid</i> .....	116
GILOTRIF.....	8	NEEDLE.....	197, 198	<i>hydrocortisone-min oil-wht pet.</i>	81
GIVLAARI.....	230	HEALTHY ACCENTS		<i>hydromorphone</i> .....	130
<i>glatiramer</i> .....	68	UNIFINE PENTIP.....	198	<i>hydromorphone (pf)</i> .....	129
<i>glatopa</i> .....	68	<i>heather</i> .....	147	<i>hydroxychloroquine</i> .....	34
GLEOSTINE.....	8	HEMADY.....	95	<i>hydroxyprogesterone caproate</i> ..	99
<i>glimepiride</i> .....	29	<i>heparin (porcine)</i> .....	231	<i>hydroxyurea</i> .....	8
<i>glipizide</i> .....	29	<i>heparin, porcine (pf)</i> .....	231, 232	<i>hydroxyzine hcl</i> .....	168
<i>glipizide-metformin</i> .....	29	HEPLISAV-B (PF).....	109	<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	122
<i>glyburide</i> .....	29	HERCEPTIN HYLECTA.....	8	HYQVIA.....	104
<i>glyburide micronized</i> .....	29	HERZUMA.....	8	<i>ibandronate</i> .....	64
<i>glyburide-metformin</i> .....	29	HETLIOZ LQ.....	65	IBRANCE.....	8
<i>glycopyrrolate</i> .....	88	HIBERIX (PF).....	109	<i>ibu</i> .....	126
<i>glydo</i> .....	132	HUMIRA.....	103	<i>ibuprofen</i> .....	126
GLYXAMBI.....	24	HUMIRA PEN.....	103	<i>ibuprofen-famotidine</i> .....	126
<i>granisetron (pf)</i> .....	33	HUMIRA PEN CROHNS-		<i>icatibant</i> .....	52
<i>granisetron hcl</i> .....	33	UC-HS START.....	103	<i>iclevia</i> .....	147

ICLUSIG.....	8	INSULIN SYR/NDL U100	<i>ivermectin</i> .....	34	
IDHIFA.....	8	HALF MARK.....	199	IXIARO (PF).....	110
<i>ifosfamide</i> .....	8	INSULIN SYRINGE.....	181	<i>jaimiess</i> .....	148
IGALMI.....	122	INSULIN SYRINGE		JAKAFI.....	9
ILARIS (PF).....	104	MICROFINE.....	181	<i>jantoven</i> .....	232
ILEVRO.....	119	INSULIN SYRINGE		JARDIANCE.....	24
ILUMYA.....	104	NEEDLELESS.....	181	<i>jasmiel (28)</i> .....	148
<i>imatinib</i> .....	9	INSULIN SYRINGE-		<i>javygtor</i> .....	236
IMBRUVICA.....	9	NEEDLE U-100		JAYPIRCA.....	10
<i>imipenem-cilastatin</i> .....	137	181, 183, 196, 198, 199, 200, 209,		JEMPERLI.....	10
<i>imipramine hcl</i> .....	163	210, 214, 215		<i>jencycla</i> .....	148
<i>imipramine pamoate</i> .....	163	INSUPEN PEN NEEDLE... 200		JENTADUETO.....	24
<i>imiquimod</i> .....	83	INTELENCE.....	171	JENTADUETO XR.....	24
IMJUDO.....	9	INTRALIPID.....	46	<i>jinteli</i> .....	94
IMLYGIC.....	9	INTRON A.....	176	<i>juleber</i> .....	148
IMOVAX RABIES		INVEGA HAFYERA.....	40	JULUCA.....	172
VACCINE (PF).....	110	INVEGA SUSTENNA.....	40, 41	<i>junel 1.5/30 (21)</i> .....	148
IMPAVIDO.....	34	INVEGA TRINZA.....	41	<i>junel 1/20 (21)</i> .....	148
INBRIJA.....	36	INVELTYS.....	119	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i> .....	148
<i>incassia</i> .....	148	INVIRASE.....	171	<i>junel fe 1/20 (28)</i> .....	148
INCONTROL ALCOHOL		IPOL.....	110	<i>junel fe 24</i> .....	148
PADS.....	83	<i>ipratropium bromide</i> .....	76, 120	JUXTAPID.....	56, 57
INCONTROL PEN		<i>ipratropium-albuterol</i> .....	76	JYNARQUE.....	59
NEEDLE.....	198	<i>irbesartan</i> .....	53	JYNNEOS	
INCRELEX.....	97	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> .....	53	(PF)(STOCKPILE).....	110
<i>indapamide</i> .....	59	<i>irinotecan</i> .....	9	<i>kalliga</i> .....	148
<i>indomethacin</i> .....	126	ISENTRESS.....	171, 172	KALYDECO.....	72
INFANRIX (DTAP) (PF)....	110	ISENTRESS HD.....	171	KANJINTI.....	10
INFLECTRA.....	104	<i>isibloom</i> .....	148	KANUMA.....	236
<i>infliximab</i> .....	104	ISOLYTE S PH 7.4.....	227	<i>kariva (28)</i> .....	148
INGREZZA.....	69	ISOLYTE-P IN 5 %		KATERZIA.....	55
INGREZZA INITIATION		DEXTROSE.....	227	<i>kelnor 1/35 (28)</i> .....	148
PACK.....	69	ISOLYTE-S.....	227	<i>kelnor 1-50 (28)</i> .....	148
INLYTA.....	9	<i>isoniazid</i> .....	168	KERENDIA.....	61
INPEN (FOR HUMALOG)		<i>isosorbide dinitrate</i> .....	61	KESIMPTA PEN.....	69
BLUE.....	198	<i>isosorbide mononitrate</i> .....	61	<i>ketoconazole</i> .....	166
INPEN (NOVOLOG OR		<i>isosorbide-hydralazine</i> .....	61	<i>ketoprofen</i> .....	126, 127
FIASP) BLUE.....	198	<i>isradipine</i> .....	55	<i>ketorolac</i> .....	119, 127
INQOVI.....	9	<i>itraconazole</i> .....	166	KEVZARA.....	104
INREBIC.....	9	IV PREP WIPES.....	83	KEYTRUDA.....	10

KIMMTRAK.....	10	LENVIMA.....	11	LIVALO.....	57
KINERET.....	104	<i>lessina</i> .....	149	<i>lojaimiess</i> .....	150
KINRIX (PF).....	110	<i>letrozole</i> .....	11	LOKELMA.....	88
KISQALI.....	10	<i>leucovorin calcium</i> .....	122	LONSURF.....	11
KISQALI FEMARA CO- PACK.....	10	LEUKERAN.....	11	<i>loperamide</i> .....	88
KLISYRI.....	83	LEUKINE.....	233	<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	172
<i>klor-con m10</i> .....	228	<i>leuprolide</i> .....	11	<i>lorazepam</i> .....	22, 23
<i>klor-con m15</i> .....	228	<i>leuprolide (3 month)</i> .....	11	<i>lorazepam intensol</i> .....	23
<i>klor-con m20</i> .....	228	<i>levetiracetam</i> .....	158	LORBRENA.....	11
KLOXXADO.....	21	<i>levobunolol</i> .....	114	<i>loryna (28)</i> .....	150
KORLYM.....	25	<i>levocarnitine</i> .....	122	<i>losartan</i> .....	53
KOSELUGO.....	10	<i>levocarnitine (with sugar)</i> .....	122	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> ....	53
<i>kosher prenatal plus iron</i> .....	238	<i>levocetirizine</i> .....	168	LOTEMAX.....	119
KRAZATI.....	10	<i>levofloxacin</i> .....	116, 120, 142	LOTEMAX SM.....	119
KRINTAFEL.....	34	<i>levofloxacin in d5w</i> .....	142	<i>loteprednol etabonate</i> .....	119
KRYSTEXXA.....	236	<i>levoleucovorin calcium</i> .....	122	<i>lovastatin</i> .....	57
<i>kurvelo (28)</i> .....	148	<i>levonest (28)</i> .....	149	<i>low-ogestrel (28)</i> .....	150
KYNMOBI.....	36	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> ... 149		<i>loxapine succinate</i> .....	41
<i>l norgestle.estradiol-e.estrad</i> ... 149		<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> ... 149		<i>lo-zumandimine (28)</i> .....	150
<i>labetalol</i> .....	49	<i>levora-28</i> .....	149	<i>lubiprostone</i> .....	88
<i>lacosamide</i> .....	157	<i>levothyroxine</i> .....	92	LUMAKRAS.....	11
<i>lactulose</i> .....	88	LEXIVA.....	172	LUMIGAN.....	114
<i>lagevrio (eua)</i> .....	177	<i>lidocaine</i> .....	133	LUNSUMIO.....	11
<i>lamivudine</i> .....	172	<i>lidocaine (pf)</i> .....	48, 132	LUPRON DEPOT.....	97
<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	172	<i>lidocaine hcl</i> .....	132, 133	LUPRON DEPOT (3 MONTH).....	11, 97
<i>lamotrigine</i> .....	157	<i>lidocaine viscous</i> .....	133	LUPRON DEPOT (4 MONTH).....	12
<i>lanreotide</i> .....	97	<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	133	LUPRON DEPOT (6 MONTH).....	12
<i>lansoprazole</i> .....	87	<i>lillow (28)</i> .....	150	LUPRON DEPOT-PED.....	98
<i>lanthanum</i> .....	90	<i>linezolid</i> .....	136	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH).....	98
<i>lapatinib</i> .....	10	<i>linezolid in dextrose 5%</i> .....	135	<i>lurasidone</i> .....	41
<i>larin 1.5/30 (21)</i> .....	149	LINZESS.....	88	<i>lutera (28)</i> .....	150
<i>larin 1/20 (21)</i> .....	149	<i>liothyronine</i> .....	92	LYBALVI.....	41
<i>larin 24 fe</i> .....	149	LISCO.....	201	<i>lyleq</i> .....	150
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i> .....	149	<i>lisinopril</i> .....	60	<i>lyllana</i> .....	94
<i>larin fe 1/20 (28)</i> .....	149	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ... 60		LYNPARZA.....	12
<i>larissia</i> .....	149	LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES.....	201	LYSODREN.....	12
<i>latanoprost</i> .....	114	LITE TOUCH INSULIN SYRINGE.....	201, 202		
<i>leflunomide</i> .....	104	<i>lithium carbonate</i> .....	69		
<i>lenalidomide</i> .....	11				

LYTGOBI.....	12	MAYZENT.....	69	<i>methyl</i> dopa.....	47
<i>lyza</i> .....	150	MAYZENT		<i>methylphenidate hcl</i> .....	70, 71
MAGELLAN INSULIN		STARTER(FOR 1MG		<i>methylprednisolone</i> .....	96
SAFETY SYRNG.....	202	MAINT).....	70	<i>methylprednisolone acetate</i> .....	96
MAGELLAN SYRINGE.....	202	MAYZENT		<i>methylprednisolone sodium</i>	
<i>magnesium sulfate</i> .....	228	STARTER(FOR 2MG		<i>succ</i> .....	96
<i>magnesium sulfate in d5w</i> .....	228	MAINT).....	70	<i>metoclopramide hcl</i> .....	89
<i>magnesium sulfate in water</i> .....	228	<i>meclizine</i> .....	33	<i>metolazone</i> .....	59
<i>malathion</i> .....	85	<i>medroxyprogesterone</i> .....	99	<i>metoprolol succinate</i> .....	49
<i>maprotiline</i> .....	163	<i>mefenamic acid</i> .....	127	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	49
<i>maraviroc</i> .....	172	<i>mefloquine</i> .....	34	<i>metoprolol tartrate</i> .....	49
MARGENZA.....	12	<i>megestrol</i> .....	12, 100	<i>metronidazole</i> .....	85, 134, 136
<i>marlissa (28)</i> .....	150	MEKINIST.....	12	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	136
<i>marnatal-f</i> .....	238	MEKTOVI.....	12	<i>metryrosine</i> .....	52
MARPLAN.....	163	<i>meloxicam</i> .....	127	<i>mexiletine</i> .....	48
MATULANE.....	12	<i>memantine</i> .....	23, 24	<i>miconazole-3</i> .....	166
<i>matzim la</i> .....	51	MENACTRA (PF).....	110	MICRODOT INSULIN PEN	
MAVENCLAD (10 TABLET		MENQUADFI (PF).....	110	NEEDLE.....	203
PACK).....	69	MENVEO A-C-Y-W-135-		<i>microgestin fe 1/20 (28)</i> .....	150
MAVENCLAD (4 TABLET		DIP (PF).....	110	<i>midazolam</i> .....	23
PACK).....	69	MEPSEVII.....	236	<i>midodrine</i> .....	47
MAVENCLAD (5 TABLET		<i>mercaptopurine</i> .....	12	<i>miglitol</i> .....	25
PACK).....	69	<i>meropenem</i> .....	137	<i>miglustat</i> .....	236
MAVENCLAD (6 TABLET		<i>merzee</i> .....	150	<i>mili</i> .....	150
PACK).....	69	<i>mesalamine</i> .....	62	<i>mimvey</i> .....	94
MAVENCLAD (7 TABLET		<i>mesna</i> .....	122	MINI ULTRA-THIN II.....	203
PACK).....	69	MESNEX.....	122	<i>minitran</i> .....	61
MAVENCLAD (8 TABLET		<i>metadate er</i> .....	70	<i>minocycline</i> .....	144
PACK).....	69	<i>metformin</i> .....	25	<i>minoxidil</i> .....	61
MAVENCLAD (9 TABLET		<i>methadone</i> .....	130	<i>mirtazapine</i> .....	163
PACK).....	69	<i>methadose</i> .....	130	<i>misoprostol</i> .....	87
MAVYRET.....	175	<i>methazolamide</i> .....	115	MITIGARE.....	30
MAXICOMFORT II PEN		<i>methenamine hippurate</i> .....	136	<i>mitoxantrone</i> .....	13
NEEDLE.....	202	<i>methimazole</i> .....	92	M-M-R II (PF).....	110
MAXICOMFORT INSULIN		<i>methocarbamol</i> .....	237	<i>m-natal plus</i> .....	238
SYRINGE.....	202, 203	<i>methotrexate sodium</i> .....	12, 13	<i>modafinil</i> .....	65
MAXI-COMFORT		<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....	12	<i>moexipril</i> .....	60
INSULIN SYRINGE.....	202, 203	<i>methoxsalen</i> .....	83	<i>molindone</i> .....	41
MAXICOMFORT SAFETY		<i>methscopolamine</i> .....	89	<i>mometasone</i> .....	81, 119
PEN NEEDLE.....	203	<i>methsuximide</i> .....	158	<i>mondoxyne nl</i> .....	144

MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE.....	204, 205	NAYZILAM.....	158	<i>nizatidine</i> .....	87
MONOJECT INSULIN SYRINGE.....	204, 205	<i>nebivolol</i> .....	50	NORDITROPIN FLEXPEN.....	98
MONOJECT SYRINGE.....	204	<i>necon 0.5/35 (28)</i> .....	150	<i>norethindrone (contraceptive)</i> .....	150
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN.....	221	<i>nefazodone</i> .....	163	<i>norethindrone acetate</i> .....	100
<i>mono-lyyah</i> .....	150	<i>neomycin</i> .....	134	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> .....	94, 151
<i>montelukast</i> .....	75	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> .....	116	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> .....	151
<i>morphine</i> .....	130	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i> .....	116	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> .....	151
MORPHINE.....	130	<i>neomycin-polymyxin b gu</i> .....	85	<i>norlyda</i> .....	151
<i>morphine concentrate</i> .....	130	<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i> .....	116	NORMOSOL-M IN 5% DEXTROSE.....	228
MOUNJARO.....	25	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> .....	117	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	151
MOVANTIK.....	89	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....	117	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	151
<i>moxifloxacin</i> .....	116, 142	<i>neo-polycin</i> .....	117	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	151
MOZOBIL.....	233	<i>neo-polycin hc</i> .....	117	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i> .....	151
MULTAQ.....	48	NERLYNX.....	13	<i>nortriptyline</i> .....	163
<i>mupirocin</i> .....	85	NEULASTA.....	234	NORVIR.....	172
MVASI.....	13	NEULASTA ONPRO.....	233	NOVOFINE 30.....	205
<i>mycophenolate mofetil</i> .....	105	NEUPRO.....	36	NOVOFINE 32.....	205
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> .....	105	<i>nevirapine</i> .....	172	NOVOFINE PLUS.....	205
<i>mynatal</i> .....	238	<i>newgen</i> .....	238	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN.....	27
<i>mynatal advance</i> .....	238	NEXLETOL.....	57	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100.....	27
<i>mynatal plus</i> .....	238	NEXLIZET.....	57	NOVOLIN N FLEXPEN.....	27
<i>mynatal-z</i> .....	238	<i>niacin</i> .....	57	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN.....	28
<i>mynate 90 plus</i> .....	238	<i>niacor</i> .....	57	NOVOLIN R FLEXPEN.....	28
MYRBETRIQ.....	91	<i>nicardipine</i> .....	55	NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN.....	28
<i>nabumetone</i> .....	127	NICOTROL.....	21	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN.....	28
<i>nadolol</i> .....	50	<i>nifedipine</i> .....	55	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN.....	28
<i>nafcillin</i> .....	141	<i>nikki (28)</i> .....	150	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100.....	28
<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i> .....	141	<i>nilutamide</i> .....	13	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN.....	28
NAGLAZYME.....	236	NINLARO.....	13	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART.....	28
<i>naloxone</i> .....	21	<i>nitazoxanide</i> .....	35		
<i>naltrexone</i> .....	21	<i>nitisinone</i> .....	122, 236		
NAMZARIC.....	24	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	136		
<i>naproxen</i> .....	127	<i>nitrofurantoin monohydr/cryst</i> .....	136		
<i>naratriptan</i> .....	31	<i>nitroglycerin</i> .....	62		
NATACYN.....	116	<i>niva-plus</i> .....	238		
<i>nateglinide</i> .....	25	NIVESTYM.....	234		
NATPARA.....	64				



NOVOTWIST.....	205	<i>omeprazole-sodium</i>	ORENCIA (WITH
NOXAFIL.....	166	<i>bicarbonate</i> .....	MALTOSE).....
NPLATE.....	234	OMNIPOD 5 G6 INTRO	105
NUBEQA.....	13	KIT (GEN 5).....	ORENCIA CLICKJECT.....
NUCALA.....	72, 73	205	105
NULOJIX.....	105	OMNIPOD 5 G6 PODS	ORFADIN.....
NUPLAZID.....	41	(GEN 5).....	236
NURTEC ODT.....	31	205	ORGOVYX.....
NUTRILIPID.....	46	OMNIPOD CLASSIC PDM	98
<i>nyamyc</i> .....	166	KIT(GEN 3).....	ORLISSA.....
<i>nylia 1/35 (28)</i> .....	151	205	98
<i>nylia 7/7 (28)</i> .....	152	OMNIPOD CLASSIC PODS	ORKAMBI.....
<i>nymyo</i> .....	152	(GEN 3).....	73
<i>nystatin</i> .....	166, 167	205	ORSERDU.....
<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	167	OMNIPOD DASH INTRO	<i>orsythia</i> .....
<i>nystop</i> .....	167	KIT (GEN 4).....	152
NYVEPRIA.....	234	205	<i>oseltamivir</i> .....
<i>obstetrix dha</i> .....	239	OMNIPOD DASH PDM	175, 176
<i>obstetrix dha prenatal duo</i> .....	238	KIT (GEN 4).....	OSMOLEX ER.....
<i>o-cal prenatal</i> .....	239	205	37
OCALIVA.....	89	OMNIPOD DASH PODS	OTEZLA.....
OCREVUS.....	71	(GEN 4).....	105
OCTAGAM.....	105	206	OTEZLA STARTER.....
<i>octreotide acetate</i> .....	98	OMNIPOD GO PODS.....	105
ODEFSEY.....	172	206	<i>oxaliplatin</i> .....
ODOMZO.....	13	OMNIPOD GO PODS 10	13, 14
OFEV.....	73	UNITS/DAY.....	<i>oxandrolone</i> .....
<i>ofloxacin</i> .....	117	206	92
OGIVRI.....	13	OMNIPOD GO PODS 15	<i>oxazepam</i> .....
<i>olanzapine</i> .....	41, 42	UNITS/DAY.....	23
<i>olmesartan</i> .....	54	206	<i>oxcarbazepine</i> .....
<i>olmesartan-amlodipin-</i>		OMNIPOD GO PODS 20	158
<i>hcthiaid</i> .....	54	UNITS/DAY.....	OXLUMO.....
<i>olmesartan-</i>		206	122
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	54	OMNIPOD GO PODS 25	<i>oxybutynin chloride</i> .....
<i>olopatadine</i> .....	121	UNITS/DAY.....	92
OLUMIANT.....	105	206	<i>oxycodone</i> .....
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> .....	57	OMNIPOD GO PODS 30	130, 131
<i>omeprazole</i> .....	87	UNITS/DAY.....	<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....
		206	131
		<i>ondansetron</i> .....	OXYCONTIN.....
		33	131
		<i>ondansetron hcl</i> .....	<i>oxymorphone</i> .....
		33	131
		<i>ondansetron hcl (pf)</i> .....	OZEMPIC.....
		33	25
		ONGENTYS.....	<i>pacerone</i> .....
		37	48
		ONTRUZANT.....	<i>paclitaxel</i> .....
		13	14
		ONUREG.....	<i>paclitaxel protein-bound</i> .....
		13	14
		OPDIVO.....	<i>paliperidone</i> .....
		13	42
		OPDUALAG.....	PALYNZIQ.....
		13	236
		OPSUMIT.....	<i>pamidronate</i> .....
		124	64
		<i>oralone</i> .....	PANRETIN.....
		78	83
		ORENCIA.....	<i>pantoprazole</i> .....
		105	87
			<i>paricalcitol</i> .....
			64
			<i>paroex oral rinse</i> .....
			78
			<i>paromomycin</i> .....
			35
			<i>paroxetine hcl</i> .....
			163
			PAXLOVID.....
			176
			PEDIARIX (PF).....
			110
			PEDVAX HIB (PF).....
			111
			PEGASYS.....
			176, 177

<i>peg-electrolyte soln</i> .....	91	<i>pioglitazone-metformin</i> .....	25	<i>pregabalin</i> .....	159
PEMAZYRE.....	14	PIP PEN NEEDLE.....	207	PREHEVBRIO (PF).....	111
<i>pemetrexed</i> .....	14	<i>piperacillin-tazobactam</i> .....	142	PREMARIN.....	94, 95
<i>pemetrexed disodium</i> .....	14	PIQRAY.....	14	PREMPHASE.....	95
PEN NEEDLE.....	196, 206, 207, 210	<i>pirfenidone</i> .....	73	PREMPRO.....	95
PEN NEEDLE, DIABETIC		<i>pirmella</i> .....	152	<i>prenal true</i> .....	239
.....	186, 203, 206, 207, 209	<i>piroxicam</i> .....	127	<i>prenaissance</i> .....	239
PEN NEEDLE, DIABETIC,		PLASMA-LYTE 148.....	228	<i>prenaissance plus</i> .....	239
SAFETY.....	210	PLASMA-LYTE A.....	228	<i>prenatabs fa</i> .....	239
<i>penciclovir</i> .....	83	PLEGRIDY.....	71	<i>prenatal 19</i> .....	239
<i>penicillamine</i> .....	134	<i>pnv 29-1</i> .....	239	<i>prenatal 19 (with docusate)</i> ....	239
<i>penicillin g potassium</i> .....	141	<i>pnv-dha + docusate</i> .....	239	<i>prenatal low iron</i> .....	239
<i>penicillin g procaine</i> .....	141	<i>pnv-omega</i> .....	239	<i>prenatal plus</i> .....	240
<i>penicillin v potassium</i> .....	141, 142	<i>pnv-vp-u</i> .....	239	<i>prenatal plus (calcium carb)</i> ..	239
PENTACEL (PF).....	111	<i>podofilox</i> .....	83	<i>prenatal vitamin plus low iron</i> .	240
<i>pentamidine</i> .....	35	<i>polycin</i> .....	117	<i>prenatal-u</i> .....	240
PENTIPS.....	207	<i>polymyxin b sulfate</i> .....	136	<i>preplus</i> .....	240
<i>pentoxifylline</i> .....	232	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	117	<i>pretab</i> .....	240
<i>perindopril erbumine</i> .....	60	POMALYST.....	14	PRETOMANID.....	168
<i>periogard</i> .....	78	<i>portia 28</i> .....	152	<i>prevalite</i> .....	57
<i>permethrin</i> .....	85	<i>posaconazole</i> .....	167	PREVENT DROPSAFE	
<i>perphenazine</i> .....	42	<i>potassium chloride</i> .....	228, 229	PEN NEEDLE.....	207
<i>perphenazine-amitriptyline</i> ....	163	<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>		<i>previfem</i> .....	152
PERSERIS.....	42	.....	229	PREVYMIS.....	176
<i>pfizerpen-g</i> .....	142	<i>potassium citrate</i> .....	229	PREZCOBIX.....	173
<i>phenelzine</i> .....	163	<i>pr natal 400</i> .....	239	PREZISTA.....	173
<i>phenobarbital</i> .....	158	<i>pr natal 400 ec</i> .....	239	PRIFTIN.....	168
<i>phenylephrine hcl</i> .....	47	<i>pr natal 430</i> .....	239	PRIMAQUINE.....	35
<i>phenytoin</i> .....	158	<i>pr natal 430 ec</i> .....	239	<i>primidone</i> .....	159
<i>phenytoin sodium</i> .....	158	PRALUENT PEN.....	57	PRIORIX (PF).....	111
<i>phenytoin sodium extended</i> ....	158	<i>pramipexole</i> .....	37	PRIVIGEN.....	105
<i>philith</i> .....	152	<i>prasugrel</i> .....	232	PRO COMFORT	
PHOSLYRA.....	90	<i>pravastatin</i> .....	57	ALCOHOL PADS.....	83
PIFELTRO.....	173	<i>prazosin</i> .....	47	PRO COMFORT INSULIN	
<i>pilocarpine hcl</i> .....	78, 115	<i>prednicarbate</i> .....	81	SYRINGE.....	208
<i>pimecrolimus</i> .....	81	<i>prednisolone</i> .....	96	PRO COMFORT PEN	
<i>pimozide</i> .....	42	<i>prednisolone acetate</i> .....	119	NEEDLE.....	208
<i>pimtree (28)</i> .....	152	<i>prednisolone sodium phosphate</i>		PROAIR RESPICLICK.....	77
<i>pindolol</i> .....	50	.....	96, 119	<i>probenecid</i> .....	30
<i>pioglitazone</i> .....	25	<i>prednisone</i> .....	96	<i>probenecid-colchicine</i> .....	30

<i>procainamide</i> .....	48	<i>quetiapine</i> .....	42	REYATAZ.....	173
PROCALAMINE 3%.....	46	<i>quinapril</i> .....	60	REZLIDHIA.....	14
<i>prochlorperazine</i> .....	33	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...61		REZUROCK.....	106
<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	33	<i>quinidine gluconate</i> .....	48	RHOPRESSA.....	115
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	33	<i>quinidine sulfate</i> .....	48	RIABNI.....	14
<i>proctosol hc</i> .....	81	<i>quinine sulfate</i> .....	35	<i>ribavirin</i> .....	177
<i>proctozone-hc</i> .....	81	QULIPTA.....	31	RIDAURA.....	106
PRODIGY INSULIN		RABAVERT (PF).....	111	<i>rifabutin</i> .....	169
SYRINGE.....	208	<i>rabeprazole</i> .....	87	<i>rifampin</i> .....	169
<i>progesterone</i> .....	100	RADICAVA.....	71	<i>rilpivirine</i> .....	173
<i>progesterone micronized</i> .....	100	<i>raloxifene</i> .....	95	<i>riluzole</i> .....	71
PROGRAF.....	105, 106	<i>ramipril</i> .....	61	<i>rimantadine</i> .....	176
PROLASTIN-C.....	73	<i>ranolazine</i> .....	52, 53	RINVOQ.....	106
PROLENSA.....	119	<i>rasagiline</i> .....	37	<i>risedronate</i> .....	64
PROLIA.....	64	RASUVO (PF).....	106	RISPERDAL CONSTA.....	42
PROMACTA.....	234	RAVICTI.....	89	<i>risperidone</i> .....	43
<i>promethazine</i> .....	33, 34, 168	RAYALDEE.....	64	<i>ritonavir</i> .....	173
<i>promethegan</i> .....	34	<i>reclipsen (28)</i> .....	152	RITUXAN HYCELA.....	15
<i>propafenone</i> .....	48	RECOMBIVAX HB (PF).....	112	<i>rivastigmine</i> .....	24
<i>proparacaine</i> .....	121	RECTIV.....	123	<i>rivastigmine tartrate</i> .....	24
<i>propranolol</i> .....	50	REGRANEX.....	84	<i>rizatriptan</i> .....	31
<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i> 50		RELENZA DISKHALER... 176		<i>r-natal ob</i> .....	240
<i>propylthiouracil</i> .....	92	RELEUKO.....	234	ROCKLATAN.....	115
PROQUAD (PF).....	111	RELION NEEDLES.....	209	<i>roflumilast</i> .....	73
PROSOL 20 %.....	46	RELION PEN NEEDLES...210		ROLVEDON.....	235
<i>protamine</i> .....	230	RELISTOR.....	89	<i>ropinirole</i> .....	37
<i>protriptyline</i> .....	163	RENFLEXIS.....	106	<i>rosadan</i> .....	85
PULMOZYME.....	236	<i>repaglinide</i> .....	25, 26	<i>rosuvastatin</i> .....	58
PURE COMFORT		<i>repaglinide-metformin</i> .....	26	ROTARIX.....	112
ALCOHOL PADS.....	83	REPATHA PUSHTRONEX..57		ROTATEQ VACCINE.....	112
PURE COMFORT PEN		REPATHA SURECLICK.....57		ROZLYTREK.....	15
NEEDLE.....	209	REPATHA SYRINGE.....	57	RUBRACA.....	15
PURE COMFORT SAFETY		RESTASIS.....	119	<i>rufinamide</i> .....	159
PEN NEEDLE.....	209	RESTASIS MULTIDOSE... 119		RUKOBIA.....	173
PURIXAN.....	14	RETACRIT.....	234, 235	RUXIENCE.....	15
<i>pyrazinamide</i> .....	168	RETEVMO.....	14	RYBELSUS.....	26
<i>pyridostigmine bromide</i> .....	123	RETROVIR.....	173	RYBREVANT.....	15
<i>pyrimethamine</i> .....	35	REVCovi.....	236	RYDAPT.....	15
QINLOCK.....	14	<i>revonto</i> .....	238	SAFESNAP INSULIN	
QUADRACEL (PF).....	111	REXULTI.....	42	SYRINGE.....	210

SAFETY PEN NEEDLE.....	210	<i>sirolimus</i> .....	106	STRENSIQ.....	237
<i>sajazir</i> .....	53	SIRTURO.....	169	<i>streptomycin</i> .....	134
SANTYL.....	84	SKY SAFETY PEN		STRIBILD.....	173
<i>sapropterin</i> .....	236	NEEDLE.....	211	STRIVERDI RESPIMAT.....	77
SAVELLA.....	71	SKYRIZI.....	106, 107	SUBLOCADE.....	21
SCSEMBLIX.....	15	SLYND.....	152	<i>subvenite</i> .....	159
<i>scopolamine base</i> .....	34	<i>sodium chloride 0.45 %</i> .....	229	<i>sucrafate</i> .....	87
SECUADO.....	43	<i>sodium chloride 0.9 %</i> .....	229	<i>sulfacetamide sodium</i> .....	117
SECURESAFE INSULIN		<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> .....	78	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> ....	85
SYRINGE.....	210, 211	<i>sodium oxybate</i> .....	65	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> .....	117
SECURESAFE PEN		<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	89	<i>sulfadiazine</i> .....	142
NEEDLE.....	210	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> ....	89	<i>sulfamethoxazole-</i>	
<i>select-ob</i> .....	240	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> .91		<i>trimethoprim</i> .....	143
<i>select-ob (folic acid)</i> .....	240	SOLQUA 100/33.....	29	<i>sulfasalazine</i> .....	62, 63
<i>selegiline hcl</i> .....	37	SOLTAMOX.....	15	<i>sulindac</i> .....	127
<i>selenium sulfide</i> .....	85	SOLU-CORTEF ACT-O-		<i>sumatriptan</i> .....	31
SELZENTRY.....	173	VIAL (PF).....	97	<i>sumatriptan succinate</i> .....	31
SEMGLEE(INSULIN		SOMATULINE DEPOT.....	99	<i>sumatriptan-naproxen</i> .....	31
GLARGINE-YFGN).....	28	SOMAVERT.....	99	<i>sunitinib malate</i> .....	15
SEMGLEE(INSULIN		<i>sorafenib</i> .....	15	SUNLENCA.....	174
GLARG-YFGN)PEN.....	28	<i>sorine</i> .....	50	SUNOSI.....	65
<i>se-natal 19 chewable</i> .....	240	<i>sotalol</i> .....	50	SUPPRELIN LA.....	99
SEREVENT DISKUS.....	77	<i>sotalol af</i> .....	50	SUPREP BOWEL PREP	
SEROSTIM.....	98	SPIRIVA RESPIMAT.....	77	KIT.....	91
<i>sertraline</i> .....	163, 164	SPIRIVA WITH		SURE COMFORT	
<i>setlakin</i> .....	152	HANDHALER.....	77	ALCOHOL PREP PADS.....	84
<i>sevelamer carbonate</i> .....	90	<i>spironolactone</i> .....	59	SURE COMFORT INS.	
<i>sevelamer hcl</i> .....	90	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	59	SYR. U-100.....	211
SEZABY.....	159	SPRAVATO.....	164	SURE COMFORT	
<i>sf 5000 plus</i> .....	78	<i>sprintec (28)</i> .....	152	INSULIN SYRINGE....	211, 212
<i>sharobel</i> .....	152	SPRITAM.....	159	SURE COMFORT PEN	
SHINGRIX (PF).....	112	SPRYCEL.....	15	NEEDLE.....	212
SIGNIFOR.....	99	<i>sps (with sorbitol)</i> .....	89	SURE COMFORT SAFETY	
SIKLOS.....	230	<i>sronyx</i> .....	152	PEN NEEDLE.....	211
<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	124	<i>ssd</i> .....	85	SURE-FINE PEN	
<i>silver sulfadiazine</i> .....	85	<i>stavudine</i> .....	173	NEEDLES.....	212
SIMBRINZA.....	115	STELARA.....	107	SURE-JECT INSULIN	
<i>simliya (28)</i> .....	152	STERILE PADS.....	211	SYRINGE.....	212, 213
<i>simpesse</i> .....	152	STIOLTO RESPIMAT.....	77	SURE-PREP ALCOHOL	
<i>simvastatin</i> .....	58	STIVARGA.....	15	PREP PADS.....	84

SUTAB.....	91	TAZVERIK.....	16	<i>tiadylt er</i> .....	51
<i>syeda</i> .....	153	TDVAX.....	112	<i>tiagabine</i> .....	159
SYMBICORT.....	75	TECENTRIQ.....	16	TIBSOVO.....	16
SYMDEKO.....	73	TECHLITE INSULIN		TICE BCG.....	16
SYMJEPI.....	53	SYRINGE.....	214	TICOVAC.....	113
SYMLINPEN 120.....	26	TECHLITE INSULN		<i>tigecycline</i> .....	144
SYMLINPEN 60.....	26	SYR(HALF UNIT).....	213	<i>timolol maleate</i> .....	50, 115
SYMPAZAN.....	159	TECHLITE PEN NEEDLE.	214	<i>tinidazole</i> .....	35
SYMTUZA.....	174	TECVAYLI.....	16	<i>tiopronin</i> .....	91
SYNAGIS.....	176	TEFLARO.....	139	TIVDAK.....	17
SYNAREL.....	99	<i>telmisartan</i> .....	54	TIVICAY.....	174
SYNERCID.....	136	<i>telmisartan-amlodipine</i> .....	54	TIVICAY PD.....	174
SYNJARDY.....	26	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> .....	54	<i>tizanidine</i> .....	238
SYNJARDY XR.....	26	<i>temazepam</i> .....	23	TOBI PODHALER.....	134
SYNRIBO.....	15	TEMIXYS.....	174	<i>tobramycin</i> .....	117, 135
TABLOID.....	16	<i>tencon</i> .....	131	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> .....	134
TABRECTA.....	16	TENIVAC (PF).....	112	<i>tobramycin sulfate</i> .....	135
<i>tacrolimus</i> .....	81, 107	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	174	<i>tobramycin-dexamethasone</i> ....	118
<i>tadalafil</i> .....	124	TEPEZZA.....	121	<i>tolmetin</i> .....	127
<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>	124	TEPMETKO.....	16	<i>tolterodine</i> .....	92
TAFINLAR.....	16	<i>terazosin</i> .....	91	TOPCARE CLICKFINE.....	215
<i>tafluprost (pf)</i> .....	115	<i>terbinafine hcl</i> .....	167	TOPCARE ULTRA	
TAGRISSE.....	16	<i>terbutaline</i> .....	77	COMFORT.....	216
TAKHZYRO.....	123	<i>terconazole</i> .....	134	<i>topiramate</i> .....	159
TALTZ AUTOINJECTOR..	107	<i>teriflunomide</i> .....	71	<i>toposar</i> .....	17
TALTZ SYRINGE.....	107	TERUMO INSULIN		<i>toremifene</i> .....	17
TALZENNA.....	16	SYRINGE.....	215	<i>torse mide</i> .....	59
<i>tamoxifen</i> .....	16	<i>testosterone</i> .....	93	TOTECT.....	123
<i>tamsulosin</i> .....	91	<i>testosterone cypionate</i> .....	93	TOUJEO MAX U-300	
<i>tarina 24 fe</i> .....	153	<i>testosterone enanthate</i> .....	93	SOLOSTAR.....	29
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> .....	153	TETANUS,DIPHThERIA		TOUJEO SOLOSTAR U-300	
<i>taron-c dha</i> .....	240	TOX PED(PF).....	112	INSULIN.....	29
<i>taron-prex prenatal-dha</i> .....	240	<i>tetrabenazine</i> .....	72	TRACLEER.....	124
TASCENSO ODT.....	71	<i>tetracycline</i> .....	144	TRADJENTA.....	26
TASIGNA.....	16	THALOMID.....	123	<i>tramadol</i> .....	131
<i>tasimelteon</i> .....	65	<i>theophylline</i> .....	77	<i>tramadol-acetaminophen</i> .....	132
TAVALISSE.....	230	THINPRO INSULIN		<i>trandolapril</i> .....	61
<i>tazarotene</i> .....	85	SYRINGE.....	215	<i>trandolapril-verapamil</i> .....	61
TAZORAC.....	85	<i>thioridazine</i> .....	43	<i>tranexamic acid</i> .....	230
<i>taztia xt</i> .....	51	<i>thiothixene</i> .....	43	<i>tranylcypromine</i> .....	164

TRAVASOL 10 %.....	47	<i>tri-vylibra</i> .....	154	ULTICARE INSULIN	
<i>travoprost</i> .....	115	<i>tri-vylibra lo</i> .....	153	SYRINGE.....	219
TRAZIMERA.....	17	TRIZIVIR.....	174	ULTICARE INSULN	
<i>trazodone</i> .....	164	TROGARZO.....	174	SYR(HALF UNIT).....	219
TRECTOR.....	169	TROPHAMINE 10 %.....	47	ULTICARE PEN NEEDLE	219
TRELEGY ELLIPTA.....	77	<i>tropium</i> .....	92	ULTICARE SAFETY PEN	
TRELSTAR.....	17	TRUE COMFORT		NEEDLE.....	219
TREMFYA.....	107	ALCOHOL PADS.....	84	ULTIGUARD SAFEPACK-	
<i>treprostinil sodium</i> .....	124	TRUE COMFORT		INSULIN SYR.....	220, 221
<i>tretinoin</i> .....	86	INSULIN SYRINGE.....	216	ULTIGUARD SAFEPACK-	
<i>tretinoin (antineoplastic)</i> .....	17	TRUE COMFORT PEN		PEN NEEDLE.....	220, 221
<i>tri femynor</i> .....	153	NEEDLE.....	216, 217	ULTILET ALCOHOL	
<i>triamcinolone acetonide</i> 78, 82, 97		TRUE COMFORT PRO		SWAB.....	84
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> 59		ALCOHOL PADS.....	84	ULTILET INSULIN	
<i>triazolam</i> .....	23	TRUE COMFORT PRO INS		SYRINGE.....	199, 221
<i>trientine</i> .....	134	SYRINGE.....	216, 217	ULTILET PEN NEEDLE....	221
<i>tri-estarylla</i> .....	153	TRUE COMFORT SAFETY		ULTRA CMFT INS SYR	
<i>trifluoperazine</i> .....	43	PEN NEEDLE.....	216	(HALF UNIT).....	197, 211, 219
<i>trifluridine</i> .....	118	TRUEPLUS INSULIN.....	218	ULTRA COMFORT	
<i>trihexyphenidyl</i> .....	37	TRUEPLUS PEN NEEDLE		INSULIN SYRINGE	
TRIJARDY XR.....	26	.....	217, 218	.....	190, 197, 221, 222
TRIKAFTA.....	73	TRULICITY.....	26	ULTRA FLO INSUL	
<i>tri-legest fe</i> .....	153	TRUMENBA.....	113	SYR(HALF UNIT).....	222
<i>tri-linyah</i> .....	153	TRUSELTIQ.....	17	ULTRA FLO INSULIN	
<i>tri-lo-estarylla</i> .....	153	TRUXIMA.....	17	SYRINGE.....	222
<i>tri-lo-marzia</i> .....	153	TUKYSA.....	17	ULTRA FLO PEN NEEDLE	
<i>tri-lo-mili</i> .....	153	<i>tulana</i> .....	154	.....	222
<i>tri-lo-sprintec</i> .....	153	TURALIO.....	17	ULTRA THIN PEN	
<i>trimethoprim</i> .....	136	TWINRIX (PF).....	113	NEEDLE.....	223
<i>tri-mili</i> .....	153	<i>tyblume</i> .....	154	ULTRACARE INSULIN	
<i>trimipramine</i> .....	164	TYBOST.....	123	SYRINGE.....	223
TRINTELLIX.....	164	TYMLOS.....	65	ULTRACARE PEN	
<i>tri-nymyo</i> .....	153	TYPHIM VI.....	113	NEEDLE.....	223, 224
<i>tri-previfem (28)</i> .....	153	TYSABRI.....	107	ULTRA-THIN II (SHORT)	
TRIPTODUR.....	99	TYVASO.....	125	INS SYR.....	224
<i>tri-sprintec (28)</i> .....	153	UBRELVY.....	31	ULTRA-THIN II (SHORT)	
TRIUMEQ.....	174	UDENYCA.....	235	PEN NDL.....	224
TRIUMEQ PD.....	174	UDENYCA		ULTRA-THIN II INS PEN	
<i>triveen-duo dha</i> .....	240	AUTOINJECTOR.....	235	NEEDLES.....	224
<i>trivora (28)</i> .....	153	ULTICARE.....	219, 220		

ULTRA-THIN II INSULIN	VEMLIDY .....	174	<i>vitafol nano</i> .....	240	
SYRINGE.....	224	VENCLEXTA .....	17, 18	<i>vitafol-ob+dha</i> .....	241
UNIFINE PEN NEEDLE....	224	VENCLEXTA STARTING		VITRAKVI.....	18
UNIFINE PENTIPS		PACK.....	18	VIZIMPRO.....	18
.....	206, 224, 225	<i>venlafaxine</i> .....	164	VOCABRIA.....	175
UNIFINE PENTIPS		<i>venlafaxine besylate</i> .....	164	<i>volnea (28)</i> .....	154
MAXFLOW .....	225	<i>verapamil</i> .....	51, 52	VONJO.....	18
UNIFINE PENTIPS PLUS..	225	VERIFINE INSULIN		<i>voriconazole</i> .....	167
UNIFINE PENTIPS PLUS		SYRINGE.....	226, 227	VOSEVI.....	175
MAXFLOW .....	225	VERIFINE PEN NEEDLE		VOTRIENT .....	18
UNIFINE SAFECONTROL		.....	226, 227	VOWST .....	123
.....	225, 226	VERSACLOZ.....	44	<i>vp-ch-pnv</i> .....	241
UNIFINE ULTRA PEN		VERSALON.....	227	<i>vp-pnv-dha</i> .....	241
NEEDLE.....	226	VERZENIO .....	18	VPRIV .....	237
UPTRAVI.....	125	<i>vestura (28)</i> .....	154	VRAYLAR.....	44
<i>ursodiol</i> .....	89	V-GO 20 .....	227	VUMERITY .....	72
UZEDY.....	43, 44	V-GO 30 .....	227	<i>vyfemla (28)</i> .....	154
<i>valacyclovir</i> .....	177	V-GO 40 .....	227	<i>vylibra</i> .....	154
VALCHLOR.....	84	<i>vicodin hp</i> .....	132	VYZULTA.....	115
<i>valganciclovir</i> .....	177	VICTOZA.....	26	<i>warfarin</i> .....	232
<i>valproate sodium</i> .....	159	<i>vienna</i> .....	154	WEBCOL.....	84
<i>valproic acid</i> .....	160	<i>vigabatrin</i> .....	160	WELIREG.....	18
<i>valproic acid (as sodium salt)</i> ..	159	<i>vigadrone</i> .....	160	<i>wera (28)</i> .....	154
<i>valsartan</i> .....	54	VIIBRYD .....	164	XADAGO.....	37
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	54	<i>vilazodone</i> .....	164	XALKORI.....	19
VALTOCO.....	160	VIMIZIM .....	237	XARELTO.....	232
<i>vancomycin</i> .....	136	<i>vinate care</i> .....	240	XARELTO DVT-PE TREAT	
VANISHPOINT INSULIN		<i>vinblastine</i> .....	18	30D START .....	232
SYRINGE.....	226	<i>vincasar pfs</i> .....	18	XATMEP .....	19
VANISHPOINT SYRINGE.	226	<i>vincristine</i> .....	18	XCOPRI.....	160
VAQTA (PF).....	113	<i>vinorelbine</i> .....	18	XCOPRI MAINTENANCE	
<i>varenicline</i> .....	21	<i>viorele (28)</i> .....	154	PACK.....	160
VARIVAX (PF).....	113	VIRACEPT .....	174	XCOPRI TITRATION	
VASCEPA.....	58	VIREAD .....	174	PACK.....	160
VEGZELMA.....	17	<i>virt-c dha</i> .....	240	XELJANZ.....	107
VEKLURY .....	177	<i>virt-nate dha</i> .....	240	XELJANZ XR .....	107
VELCADE.....	17	<i>virt-pn dha</i> .....	240	XERMELO.....	90
<i>velivet triphasic regimen (28)</i> ..	154	<i>virt-pn plus</i> .....	240	XGEVA.....	65
VELPHORO.....	90	VISTOGARD.....	123	XHANCE .....	119
VELTASSA.....	90	<i>vitafol gummies</i> .....	240	XIFAXAN.....	136

XIGDUO XR.....	27	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i> .....	65
XIIDRA.....	120	ZOLINZA.....	20
XOFLUZA.....	176	<i>zolmitriptan</i> .....	32
XOLAIR.....	74	<i>zolpidem</i> .....	66
XOSPATA.....	19	ZONISADE.....	160
XPOVIO.....	19	<i>zonisamide</i> .....	160, 161
XTAMPZA ER.....	132	<i>zovia 1-35 (28)</i> .....	154
XTANDI.....	19	ZTALMY.....	161
<i>xulane</i> .....	154	ZTLIDO.....	133
XULTOPHY 100/3.6.....	29	<i>zumandimine (28)</i> .....	154
XYOSTED.....	93	ZYDELIG.....	20
XYREM.....	65	ZYKADIA.....	20
YERVOY.....	19	ZYLET.....	118
YF-VAX (PF).....	113	ZYNLONTA.....	20
YONSA.....	19	ZYNYZ.....	20
<i>yuvafem</i> .....	95	ZYPREXA RELPREVV.....	44
<i>zafemy</i> .....	154		
<i>zafirlukast</i> .....	75		
<i>zaleplon</i> .....	66		
<i>zarah</i> .....	154		
ZARXIO.....	235		
<i>zatean-pn dha</i> .....	241		
<i>zatean-pn plus</i> .....	241		
<i>zebutal</i> .....	132		
ZEGALOGUE			
AUTOINJECTOR.....	123		
ZEGALOGUE SYRINGE...	124		
ZEJULA.....	19		
ZELBORAF.....	20		
<i>zenatane</i> .....	84		
ZENPEP.....	237		
<i>zidovudine</i> .....	175		
ZIEXTENZO.....	235		
<i>zingiber</i> .....	241		
<i>ziprasidone hcl</i> .....	44		
<i>ziprasidone mesylate</i> .....	44		
ZIRABEV.....	20		
ZIRGAN.....	118		
ZOLADEX.....	20		
<i>zoledronic acid</i> .....	65		



La lista de medicamentos cubiertos se actualizó el 08/22/2023. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con ATRIO Health Plans llamando al **1-877-672-8620** (TTY 711), todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, o visite **[atriohp.com](http://atriohp.com)**.