ATRIO™

HEALTH PLANS

Formulario Completo 2025

Oregon

Condados de Clackamas, Douglas, Jackson, Josephine, Klamath, Lane, Marion, Multnomah, Polk, Washington y Yamhill

---

ATRIO Choice Rx (PPO)
ATRIO Prime Rx (PPO)
ATRIO Prime Rx (HMO)
ATRIO Select Rx (PPO)
ATRIO Select Rx (HMO)
ATRIO Support Rx (PPO C-SNP)

---

1 de enero de 2025 - 31 de diciembre de 2025

ATRIO Choice Rx (PPO)
ATRIO Prime Rx (PPO)
ATRIO Select Rx (PPO)
ATRIO Select Rx (HMO)
ATRIO Support Rx (PPO C-SNP)

Formulario 2025
(Lista de medicamentos cubiertos)

POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Presentación de archivo de formulario aprobado por HPMS 25197, versión número 19

Este formulario se actualizó el 08/27/2025.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo 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 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicios para miembros de ATRIO Health Plans al 1-877-672-8620 (TTY 711), todos los días de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, o visite https://atriohp.com/oregon/members/find-a-drug/. Nota para los miembros existentes: este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contenga los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) hace referencia a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a ATRIO Health Plans. Cuando hace referencia a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a ATRIO Choice Rx (PPO), ATRIO Select Rx (PPO), ATRIO Select Rx (HMO), ATRIO Prime Rx (PPO), ATRIO Prime Rx (PPO) o ATRIO Support Rx (PPO C-SNP).

Este documento incluye una Lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que está vigente al 09/01/2025. Para obtener una Lista de medicamentos actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la Lista de medicamentos, aparece en las portadas delantera y trasera.

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

¿Qué es el formulario deATRIO Health Plans?

En este documento, utilizamos los términos Lista de medicamentos y formulario para significar lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por ATRIO Health Plans en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. ATRIO Health Plans generalmente cubrirá los medicamentos incluidos en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se obtenga en una farmacia de la red de ATRIO Health Plans y se cumplan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus recetas, revise su *Evidencia de cobertura*.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos del formulario durante el año, trasladarlos a diferentes niveles de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web en https://atriohp.com/oregon/members/find-a-drug/.

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

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

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

  Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato, pero luego le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

  Si realizamos un cambio de este tipo, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento que se está modificando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de ATRIO Health Plans?”.

  Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que se debe retirar por razones de seguridad o eficacia, podemos retirarlo inmediatamente de nuestro formulario y notificarlo posteriormente a los miembros que lo toman.

- **Otros cambios.** Podemos realizar otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que se encuentra actualmente en el formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel diferente de costo compartido o ambas cosas. O podemos realizar cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en un medicamento o movemos un medicamento a un nivel más alto de costo compartido, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita una recarga del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento.

  Si realizamos estos otros cambios, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción para usted y que sigamos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le enviemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de ATRIO Health Plans?”

Cambios que no lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento incluido en nuestro formulario de 2025 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2025, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, dichos cambios lo afectarán y es importante consultar el formulario para el nuevo año de beneficios para conocer los cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado a partir del 09/01/2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por ATRIO Health Plans, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. ATRIO Health Plans actualizará los formularios mensualmente y proporcionará un documento que enumera los cambios en el formulario. Esta lista se publicará en **https://atriohp.com/oregon/members/find-a-drug/** o se le puede enviar llamando al 1-877-672-8620 (TTY 711), todos los días de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 3. Los medicamentos incluidos en este formulario están agrupados en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos que se utilizan para tratar una afección cardíaca se enumeran en la categoría "Agentes cardiovasculares". Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página I-1. Luego, busque su medicamento en el nombre de la categoría.

Listado Alfabético

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página I-1. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice se enumeran tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información de cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los planes de salud ATRIO cubren tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. La FDA aprueba un medicamento genérico porque contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

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

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

¿Existe alguna restricción en mi cobertura??

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

- **Autorización previa:** ATRIO Health Plans exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de ATRIO Health Plans antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que ATRIO Health Plans no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, ATRIO Health Plans limita la cantidad del medicamento que ATRIO Health Plans cubrirá. Por ejemplo, ATRIO Health Plans proporciona 30 por receta de simvastatina. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de uno o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, ATRIO Health Plans exige que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica, ATRIO Health Plans puede no cubrir el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, ATRIO Health Plans cubrirá el medicamento B.
- **Revisión de la Parte B frente a la Parte D:** algunos medicamentos están cubiertos como parte de su cobertura médica de la Parte B y otros están cubiertos por su cobertura de la Parte D.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando el formulario que comienza en la página 3. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las portadas y contraportadas.

Puede solicitar a ATRIO Health Plans que haga una excepción a estas restricciones o límites o que le proporcione una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su problema de salud. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario de ATRIO Health Plans?" en la página VI para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Los medicamentos de venta libre son medicamentos que no requieren receta y que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare. ATRIO Health Plans paga ciertos medicamentos de venta libre. ATRIO Health Plans le proporcionará estos medicamentos de venta libre sin costo alguno. El costo de estos medicamentos de venta libre para ATRIO Health Plans no se contabilizará para los costos totales de medicamentos de la Parte D.

Medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos

ATRIO cubre una cantidad limitada de medicamentos de venta libre según el formulario del plan (que se muestra en la tabla a continuación). Necesitará una receta para presentar en la farmacia a fin de cubrir los medicamentos de venta libre del formulario.

Medicamentos de venta libre cubiertos

Nombre genérico	Nombre de marca – Sólo para referencia *(ATRIO solo cubre genéricos como OTC)*	Forma de dosificación
Cetirizine	(Zyrtec)	Tableta masticable, solución, tableta, rápida Tabletas
Cetirizine/Pseudoephedrine	(Zyrtec-D)	Tableta de 12 horas
Fexofenadine	(Allegra)	Tableta de 12 horas, Tableta de 24 horas, Tablet Rapids, Suspensión
Fexofenadine/Pseudoephedrine	(Allegra-D)	Tableta de 12 horas, tableta de 24 horas
Ketotifen	(Zaditor)	Gotas oftálmicas
Levocetirizine	(Xyzal)	Tableta
Loratadine	(Claritin)	Solución, Tableta, Tableta Rapids, Tableta Masticable, Cápsulas
Loratadine/Pseudoephedrine	(Claritin-D)	Tableta de 12 horas, tableta de 24 horas
Nicotine	(Nicorelief, Nicoderm)	Parche, chicle, pastilla
Olopatadine	(Pataday)	Gotas oftálmicas

Sin embargo, ATRIO Health Plans brindan cobertura de beneficios adicionales para medicamentos de venta libre. Recibirá una asignación para cualquier artículo de venta libre que elija del catálogo. Puede encontrar el catálogo en nuestro sitio web en https://atriohp.com/2025-extra-benefits/. También puede llamar al 1-855-253-5768 para obtener más información. La Administración Federal de Medicamentos informa que los medicamentos de venta libre son seguros siempre que se tomen según las indicaciones. Algunos productos pueden ahorrarle dinero al ofrecer efectos terapéuticos similares.

Hable con su proveedor de atención médica para ver si esta es la opción adecuada para usted. Estos son solo algunos ejemplos de medicamentos de venta libre populares disponibles a través del catálogo:

- Analgésicos, como Tylenol (acetaminofén), ibuprofeno, parches de lidocaína y gel de diclofenaco
- Medicamentos para la acidez estomacal, como Tums, Pepcid AC y Prilosec (omeprazol)
- Antihistamínicos/descongestionantes para los síntomas de alergia o resfriado
- Gotas para los ojos para lubricar o limpiar

Beneficio complementario de medicamentos

Nombre genérico	Nombre de marca – Sólo para referencia *(ATRIO solo cubre genéricos)*	Limitaciones
Sildenafil	Viagra	Máximo 6 cada 30 días

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

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

Si se entera de que ATRIO Health Plans no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitarle a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por los Planes de Salud ATRIO. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por ATRIO Health Plans.
- Puede solicitarle a ATRIO Health Plans que hagan una excepción y cubran su medicamento. Vea a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de ATRIO Health Plans?

Puede solicitar a ATRIO Health Plans que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado y no podrá solicitarnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede solicitarnos que no apliquemos una restricción de cobertura, incluida la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, ATRIO Health Plans limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo (si este medicamento no está en el nivel de especialidad). Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.

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

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción de formulario, nivel o restricción de uso. Cuando solicita una excepción de formulario, nivel o restricción de uso, debe enviar una declaración de su médico o prescriptor que respalde su solicitud. En general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas para recibir una decisión. Si se concede su solicitud de aceleración, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de recibir una declaración de respaldo de su médico u otro prescriptor.

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

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O puede estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de poder surtir su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento adecuado que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción adecuado para usted, durante los primeros 90 días que sea miembro de nuestro plan, es posible que cubramos su medicamento hasta un suministro máximo de 30 días.

Para cada uno de sus medicamentos que no se encuentre en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos recargas para proporcionar un suministro máximo de 30 días de medicamentos. Después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si 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 se encuentra en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción al formulario.

Si lo están admitiendo o dando de alta de un centro, cubriremos "recargas anticipadas" de medicamentos previamente cubiertos según sea necesario al momento de su admisión o alta del centro.

Para más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de ATRIO Health Plans, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre ATRIO Health Plans, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y la contraportada.

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

Formulario de ATRIO Health Plans

El formulario que aparece a continuación, que comienza en la página 1, brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por ATRIO Health Plans. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página I-1.

La primera columna del cuadro muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (p. ej., CRESTOR) y los medicamentos genéricos están en cursiva y minúscula (p. ej., rosuvastatina).

La información en la columna “Requisitos/Límites” le indica si ATRIO Health Plans tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

NIVELES DE COMPARTICIÓN DE COSTOS

Planes del condado de Douglas

	ATRIO Choice Rx (PPO) *H6743-007*		ATRIO Prime Rx (PPO) *H6743-028*	
Deducible de medicamentos	**$100**		**$0**	
Niveles de medicamentos	**Suministro para 30 días**	**Suministro para 90 días**	**Suministro para 30 días**	**Suministro para 90 días**
Nivel 1 Genérico preferido	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Nivel 2 Genérico	**$8**	**$16**	**$8**	**$16**
Nivel 3 Marca preferida	**$47**	**$94**	**$47**	**$94**
Nivel 4 Medicamentos no preferidos	**$100**	**$200**	**$100**	**$200**
Nivel 5 Medicamentos especiales	**30%**	**N/A**	**33%**	**N/A**
Nivel 6 Medicamentos Select Care	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**

Planes del condado de Klamath

	ATRIO Choice Rx (PPO) *H6743-001*		ATRIO Select Rx (HMO) *H3814-031*		ATRIO Prime Rx (PPO) *H6743-030*	
Deducible de medicamentos	**$0**		**$350**		**$0**	
Niveles de medicamentos	**Suministro para 30 días**	**Suministro para 90 días**	**Suministro para 30 días**	**Suministro para 90 días**	**Suministro para 30 días**	**Suministro para 90 días**
Nivel 1 Genérico preferido	**$0**	**$0**	**$5**	**$10**	**$0**	**$0**
Nivel 2 Genérico	**$8**	**$16**	**$20**	**$40**	**$8**	**$16**
Nivel 3 Marca preferida	**$47**	**$94**	**$47**	**$94**	**$47**	**$94**
Nivel 4 Medicamentos no preferidos	**$100**	**$200**	**$100**	**$200**	**$100**	**$200**
Nivel 5 Medicamentos especiales	**33%**	**N/A**	**27%**	**N/A**	**33%**	**N/A**
Nivel 6 Medicamentos Select Care	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**

Planes para los condados de Jackson y Josephine

	ATRIO Choice Rx (PPO) *H6743-025*		ATRIO Prime Rx (PPO) *H6743-026*	
Deducible de medicamentos	**$200**		**$0**	
Niveles de medicamentos	**Suministro para 30 días**	**Suministro para 90 días**	**Suministro para 30 días**	**Suministro para 90 días**
Nivel 1 Genérico preferido	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Nivel 2 Genérico	**$8**	**$16**	**$8**	**$16**
Nivel 3 Marca preferida	**$47**	**$94**	**$47**	**$94**
Nivel 4 Medicamentos no preferidos	**$100**	**$200**	**$100**	**$200**
Nivel 5 Medicamentos especiales	**30%**	**N/A**	**33%**	**N/A**
Nivel 6 Medicamentos Select Care	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**

Planes de Marion y Polk

	ATRIO Choice Rx (PPO) *H7006-007*		ATRIO Prime Rx (PPO) *H7006-003*		ATRIO Prime Rx (HMO) *H5995-004*		ATRIO Support Rx (PPO C-SNP) *H7006-022*	
Deducible de medicamentos	**$0**		**$0**		**$350**		**$0**	
Niveles de medicamentos	**Suministro para 30 días**	**Suministro para 90 días**	**Suministro para 30 días**	**Suministro para 90 días**	**Suministro para 30 días**	**Suministro para 90 días**	**Suministro para 30 días**	**Suministro para 90 días**
Nivel 1 Genérico preferido	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$5**	**$10**	**$0**	**$0**
Nivel 2 Genérico	**$8**	**$16**	**$8**	**$16**	**$20**	**$40**	**$8**	**$16**
Nivel 3 Marca preferida	**$47**	**$94**	**$47**	**$94**	**$47**	**$94**	**$47**	**$94**
Nivel 4 Medicamentos no preferidos	**$100**	**$200**	**$100**	**$200**	**$100**	**$200**	**$100**	**$200**
Nivel 5 Medicamentos especiales	**33%**	**N/A**	**33%**	**N/A**	**27%**	**N/A**	**33%**	**N/A**
Nivel 6 Medicamentos Select Care	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**

Planes para los condados de Clackamas, Lane, Multnomah, Washington y Yamhill

	ATRIO Choice Rx (PPO) *H7006-018*		ATRIO Select Rx (PPO) *H7006-019*	
Deducible de medicamentos	**$0**		**$0**	
Niveles de medicamentos	**Suministro para 30 días**	**Suministro para 90 días**	**Suministro para 30 días**	**Suministro para 90 días**
Nivel 1 Genérico preferido	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Nivel 2 Genérico	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Nivel 3 Marca preferida	**$47**	**$94**	**$35**	**$70**
Nivel 4 Medicamentos no preferidos	**$100**	**$200**	**$100**	**$200**
Nivel 5 Medicamentos especiales	**33%**	**N/A**	**33%**	**N/A**
Nivel 6 Medicamentos Select Care	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**

Hay un nuevo programa disponible para ayudarle a distribuir los costos de sus medicamentos recetados

El nuevo programa de Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (M3P/MPPP) estará disponible para usted a partir del 1 de enero de 2025. La participación en el programa M3P es opcional y puede ayudarlo a administrar los costos de bolsillo de sus medicamentos al distribuirlos a lo largo del año calendario, aunque no le permitirá ahorrar dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos. Los miembros de ATRIO que tengan más probabilidades de beneficiarse con el programa recibirán más detalles por correo. La información también estará disponible en línea en **atriohp.com**.

Las siguientes abreviaturas de restricciones de gestión de utilización se pueden encontrar en la columna titulada “Requisitos/Límites” en la lista de medicamentos que sigue.

ABREVIATURAS DE COBERTURA

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
LA	Medicamento de acceso limitado	Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Servicio de atención al cliente al 1-877-672-8620 (TTY 711), todos los días de 8 a. m. a 8 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 de día no extendido	Este medicamento no está disponible para un suministro de 90 días.
NM	Sin pedidos por correo	Este medicamento no está disponible en farmacias con pedido por correo.
PA	Restricción de autorización previa	Usted (o su médico) deben obtener autorización previa de ATRIO Health Plans antes de obtener su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, ATRIO Health Plans puede no cubrir este medicamento.
PA BvD	Restricción de autorización previa para la determinación de la Parte B frente a la Parte D	Este medicamento puede ser elegible para el pago bajo Medicare Parte B o Parte D. Usted (o su médico) deben obtener autorización previa de ATRIO Health Plans para determinar que este medicamento está cubierto por Medicare Parte D antes de obtener su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, ATRIO Health Plans puede no cubrir este medicamento.
PA NSO	Restricción de autorización previa solo para nuevos comienzos	Si es un miembro nuevo o si no ha tomado este medicamento antes, usted (o su médico) debe obtener una autorización previa de ATRIO Health Plans antes de surtir su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, ATRIO Health Plans puede no cubrir este medicamento.
QL	Restricción de límite de cantidad	ATRIO Health Plans limitan la cantidad de este medicamento que está cubierto por receta o dentro de un período de tiempo específico.
ST	Restricción de la terapia escalonada	Antes de que ATRIO Health Plans proporcione cobertura para este medicamento, primero debe probar otro(s) medicamento(s) para tratar su afección médica. Este medicamento solo puede estar cubierto si el otro(s) medicamento(s) no funciona(n) para usted..

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer 2
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias 23
Agentes Antiansiedad 24
Agentes Antidemencia 26
Agentes Antidiabetico 26
Agentes Antigota 33
Agentes Antimigraña 33
Agentes Antinausea 35
Agentes Antiparasitarios 36
Agentes Antiparkinson 38
Agentes Antipsicóticos 39
Agentes Calóricos 48
Agentes Cardiovasculares 48
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria 61
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica 62
Agentes De Trastorno De Sueño 63
Agentes Del Sistema Nervioso Central 64
Agentes Del Tracto Respiratorio 69
Agentes Dentales Y Orales 74
Agentes Dermatológicos 75
Agentes Gastrointestinales 80
Agentes Genitourinarios 84
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador 85
Agentes Inmunológicos 91
Agentes Oftálmicos 107
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta 108
Agentes Terapeuticos Misceláneos 113
Agentes Vasodilatadores 115
Analgésicos 116
Anestésicos 120
Antagonistas De Metales Pesados 121
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa) 121
Antibacterianos 122
Anticonceptivos 130
Anticonvulsivos 140
Antidepresivos 146

Antifúngicos 150
Antihistamínicos 153
Antimicobacteriales 153
Antivirales (Sitémico) 153
Cofactores Enzimáticos/Otros 161
Dispositivos 161
Preparaciones De Reemplazo 216
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen 217
Reemplazo/Modificadores De Enzima 221
Relajantes Musculares Esqueléticos 222
Vitaminas Y Minerales 223

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer			
Agentes Anti Cáncer			
abiraterone oral tablet 250 mg	(Zytiga)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
abiraterone oral tablet 500 mg	(Zytiga)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
abirtega oral tablet 250 mg	(Zytiga)	2	PA NSO; QL (120 per 30 days)
adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml	(Fluorouracil)	2	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)		5	PA NSO; NDS
anastrozole oral tablet 1 mg	(Arimidex)	1	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML		5	PA NSO; NDS; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG		5	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG		5	PA NSO; NDS; QL (66 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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AXTLE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG		5	NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
azacitidine injection recon soln 100 mg	(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)
bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg	(Treanda)	5	PA NSO; NDS
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	(Bendeka)	5	PA NSO; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	(bendamustine)	5	PA NSO; NDS
bexarotene oral capsule 75 mg	(Targretin)	5	PA NSO; NDS
bexarotene topical gel 1 %	(Targretin)	5	PA NSO; NDS
bicalutamide oral tablet 50 mg	(Casodex)	1	
BIZENGRI INTRAVENOUS SOLUTION 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML)		5	PA NSO; NDS; QL (75 per 28 days)
bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit	(Bleomycin Sulfate)	1	
bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg	(Velcade)	4	PA NSO
bortezomib injection recon soln 3.5 mg	(Velcade)	4	PA NSO

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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
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 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg	(Cyclophosphamide)	5	PA BvD; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml	(Cyclophosphamide)	5	PA BvD; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml	(Cyclophosphamide)	5	PA BvD; NDS
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	(Cyclophosphamide)	2	PA BvD; ST
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	(Cyclophosphamide)	3	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG		5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg	(Sprycel)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
dasatinib oral tablet 20 mg	(Sprycel)	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG		5	PA NSO; NDS
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)
decitabine intravenous recon soln 50 mg	(Dacogen)	5	NDS
doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml	(Doxil)	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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	PA NSO; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	4	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	4	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	4	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F 40 MG/ML	5	PA NSO; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NDS
EMRELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 20 MG	5	PA NSO; 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)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg	(Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
erlotinib oral tablet 150 mg	(Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG		4	
etoposide intravenous solution 20 mg/ml	(Etoposide)	2	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	(flutamide)	5	NDS
everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg	(Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg	(Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
exemestane oral tablet 25 mg	(Aromasin)	2	
FAKZYNJA ORAL TABLET 200 MG		5	PA NSO; NDS; QL (42 per 28 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG		5	PA BvD; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG		3	PA BvD
floxuridine injection recon soln 0.5 gram	(Floxuridine)	1	PA BvD
fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml	(Fluorouracil)	2	PA BvD
flutamide oral capsule 125 mg	(Eulexin)	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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml (Faslodex)	5	NDS
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)
gefitinib oral tablet 250 mg (Iressa)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG (lomustine)	4	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG (lomustine)	5	NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
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
hydroxyurea oral capsule 500 mg (Hydrea)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 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)
ifosfamide intravenous recon soln 1 gram (Ifex)	2	
ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml (Ifex)	2	
imatinib oral tablet 100 mg (Gleevec)	2	PA NSO; QL (180 per 30 days)
imatinib oral tablet 400 mg (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 (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	5	PA NSO; NDS
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (280 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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	4	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
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)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
lapatinib oral tablet 250 mg (Tykerb)	5	PA NSO; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg (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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
letrozole oral tablet 2.5 mg	(Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		5	NDS
leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg	(Leuprolide Acetate)	4	PA NSO
leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml	(Leuprolide Acetate)	2	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG		5	PA NSO; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG		5	PA NSO; NDS; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)		5	PA NSO; NDS
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 240 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 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
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	5	PA NSO; NDS
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (15 per 8 days)
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (40 per 28 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5	PA NSO; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NDS
megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg (Megestrol Acetate)	1	
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)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml	(Mercaptopurine)	5	NDS
mercaptopurine oral tablet 50 mg	(Mercaptopurine)	2	
methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram	(Methotrexate Sodium/PF)	1	
methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml	(Methotrexate Sodium/PF)	1	
methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml	(Methotrexate Sodium)	1	
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	(Methotrexate Sodium)	1	PA BvD; ST
mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml	(Mitoxantrone HCl)	1	
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML		5	PA NSO; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg	(Nilotinib HCl)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
nilotinib hcl oral capsule 50 mg	(Nilotinib HCl)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
nilutamide oral tablet 150 mg	(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
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	5	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
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
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 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)
paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg (Abraxane)	5	PA BvD; NDS
pazopanib oral tablet 200 mg (Votrient)	5	PA NSO; 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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg (Alimta)	5	NDS
pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg, 500 mg (Alimta)	5	NDS
pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml (Alimta)	5	NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	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)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 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
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
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)
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	5	PA NSO; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NDS
sorafenib oral tablet 200 mg (Nexavar)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg (Sutent)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NDS
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)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	5	PA NSO; NDS
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)
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg (Tamoxifen Citrate)	1	
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		5	PA NSO; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG		4	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG		5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
toposar intravenous solution 20 mg/ml	(Etoposide)	2	
toremifene oral tablet 60 mg	(Fareston)	5	NDS
torpenz oral tablet 10 mg	(Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
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		4	PA NSO
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg	(Tretinoin)	5	NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG		5	PA NSO; NDS; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		5	PA NSO; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG		5	PA NSO; 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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NDS
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml (Vinorelbine Tartrate)	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)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	5	PA NSO; NDS
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)

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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	5	PA NSO; NDS
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	5	PA NSO; NDS; QL (16 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	5	PA NSO; NDS
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias			
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias			
acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg	(Acamprosate Calcium)	2	
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg	(Buprenorphine HCl)	2	QL (90 per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg	(Suboxone)	2	QL (60 per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	(Suboxone)	2	QL (90 per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg	(Buprenorphine HCl/Naloxone HCl)	1	QL (90 per 30 days)
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg	(Bupropion HCl)	1	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	(Disulfiram)	2	
KLOXXADO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION		3	QL (4 per 30 days)
naloxone injection solution 0.4 mg/ml	(Naloxone HCl)	1	
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml	(Naloxone HCl)	2	
naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation	(Narcan)	2	QL (4 per 30 days)
naltrexone oral tablet 50 mg	(Naltrexone HCl)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NICOTROL NS NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/ML		4	ST; QL (240 per 180 days)
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Chantix)	2	QL (336 per 365 days)
varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)	(Chantix)	2	QL (336 per 365 days)
varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)	(Chantix)	2	
Agentes Antiansiedad			
Benzodiacepinas			
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	(Xanax)	1	NDS; QL (120 per 30 days)
alprazolam oral tablet 2 mg	(Xanax)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg	(Chlordiazepoxide HCl)	1	NDS; QL (120 per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	(Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	(Clonazepam)	2	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg	(Clonazepam)	2	QL (300 per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	(Tranxene T-Tab)	2	QL (180 per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml	(Diazepam)	1	QL (10 per 28 days)
diazepam injection syringe 5 mg/ml	(Diazepam)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	(Diazepam)	2	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)	(Diazepam)	2	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Valium)	1	QL (120 per 30 days)
lorazepam 2 mg/ml oral concent	(Lorazepam)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
lorazepam 4 mg/ml vial inner	(Ativan)	1	
lorazepam injection solution 2 mg/ml	(Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
lorazepam injection solution 4 mg/ml	(Ativan)	4	QL (2 per 30 days)
lorazepam injection syringe 2 mg/ml	(Lorazepam)	1	QL (2 per 30 days)
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml	(Lorazepam)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Ativan)	1	NDS; QL (90 per 30 days)
lorazepam oral tablet 2 mg	(Ativan)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg	(Restoril)	1	NDS; QL (30 per 30 days)
temazepam oral capsule 22.5 mg	(Restoril)	2	NDS; QL (30 per 30 days)
temazepam oral capsule 7.5 mg	(Restoril)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
triazolam oral tablet 0.125 mg	(Halcion)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
triazolam oral tablet 0.25 mg	(Halcion)	2	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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antidemencia			
Agentes Antidemencia			
donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg	(Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet 23 mg	(Aricept)	2	QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg	(Donepezil HCl)	1	
donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg	(Donepezil HCl)	1	QL (30 per 30 days)
ergoloid oral tablet 1 mg	(Ergoloid Mesylates)	2	
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg	(Razadyne ER)	2	QL (30 per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml	(Galantamine Hbr)	2	QL (200 per 30 days)
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	(Galantamine Hbr)	2	QL (60 per 30 days)
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg	(Namenda XR)	2	ST; QL (30 per 30 days)
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 7 mg	(Namenda XR)	2	ST; QL (30 per 30 days)
memantine oral solution 2 mg/ml	(Memantine HCl)	2	QL (300 per 30 days)
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	(Namenda)	2	QL (60 per 30 days)
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	(Rivastigmine Tartrate)	2	
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour	(Exelon)	2	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico			
Agentes Antidiabeticos, Varios			
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Precose)	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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	(dapagliflozin propanediol)	3	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		3	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG		3	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG		3	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG		3	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		3	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG		3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG		3	QL (30 per 30 days)
metformin oral solution 500 mg/5 ml	(Riomet)	2	QL (765 per 30 days)
metformin oral tablet 1,000 mg	(Metformin HCl)	6	QL (75 per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg	(Metformin HCl)	6	QL (150 per 30 days)
metformin oral tablet 750 mg	(Metformin HCl)	6	QL (60 per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg	(Metformin HCl)	6	QL (90 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	(Metformin HCl)	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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	(Metformin HCl)	6	QL (60 per 30 days)
mifepristone oral tablet 300 mg	(Mifepristone)	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML		3	PA; QL (2 per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	(Nateglinide)	6	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)		3	PA; QL (3 per 28 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	(Actos)	6	QL (30 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg	(Actoplus Met)	6	QL (90 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg	(Actoplus Met)	6	QL (90 per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Repaglinide)	6	QL (120 per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg	(Repaglinide)	6	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG		3	QL (60 per 30 days)

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)	(Novolog Mix 70-30 Flexpen)	2	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)	(Novolog Mix 70-30)	2	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml	(Novolog Penfill)	2	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)	(Novolog Flexpen)	2	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml	(Novolog)	2	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)	(Semglee (Yfgn) Pen)	3	max $35 copay per month supply
insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml	(Semglee (Yfgn))	3	max $35 copay per month supply

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine)	3	max $35 copay per month supply
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine)	3	max $35 copay per month supply
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)		3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine-yfgn)	3	max $35 copay per month supply
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine-yfgn)	3	max $35 copay per month supply

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	3	max $35 copay per month supply
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	3	max $35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin degludec)	3	max $35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML)	(insulin degludec)	3	max $35 copay per month supply
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin degludec)	3	max $35 copay per month supply
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas			
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	(Amaryl)	6	QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	(Amaryl)	6	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	(Glipizide)	6	QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 2.5 mg	(Glipizide)	6	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	(Glipizide)	6	QL (240 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	(Glucotrol XL)	6	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg	(Glucotrol XL)	6	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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg	(Glipizide/Metformin HCl)	6	QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	(Glipizide/Metformin HCl)	6	QL (120 per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg	(Glynase)	6	
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Glyburide)	6	
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg	(Glyburide/Metformin HCl)	6	
Agentes Antigota			
Agentes Antigota, Otros			
allopurinol oral tablet 100 mg	(Zyloprim)	1	
allopurinol oral tablet 300 mg	(Zyloprim)	1	
colchicine oral capsule 0.6 mg	(Mitigare)	2	QL (60 per 30 days)
colchicine oral tablet 0.6 mg	(Colcrys)	2	QL (120 per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	(Uloric)	2	ST; QL (30 per 30 days)
probenecid oral tablet 500 mg	(Probenecid)	2	
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg	(Probenecid/Colchicine)	2	
Agentes Antimigraña			
Agentes Antimigraña			
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML		3	PA; QL (1 per 30 days)
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5 ML		3	PA; QL (1.5 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML		3	PA; QL (1.5 per 30 days)
dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)	(Migranal)	5	ST; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML		3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML		3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)		3	PA; QL (3 per 30 days)
naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg	(Amerge)	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)
rizatriptan oral tablet 10 mg	(Maxalt)	1	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet 5 mg	(Maxalt)	1	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg	(Maxalt Mlt)	2	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg	(Maxalt Mlt)	2	QL (18 per 30 days)
sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, suv	(Imitrex)	2	QL (4 per 28 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation	(Imitrex)	2	QL (12 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg	(Imitrex)	1	QL (9 per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg	(Imitrex)	1	QL (18 per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml	(Imitrex)	2	QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml	(Imitrex)	4	QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml	(Imitrex)	2	QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml	(Imitrex)	2	QL (5 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		3	PA; QL (16 per 30 days)
Agentes Antinausea			
Agentes Antinausea			
aprepitant oral capsule 125 mg	(Emend)	2	PA BvD; QL (2 per 28 days)
aprepitant oral capsule 40 mg	(Emend)	2	PA BvD; QL (1 per 28 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	(Emend)	2	PA BvD; QL (4 per 28 days)
aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)	(Emend)	2	PA BvD
compro rectal suppository 25 mg	(Compazine)	2	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Marinol)	2	PA; QL (60 per 30 days)
meclizine oral tablet 12.5 mg	(Antivert)	1	
meclizine oral tablet 25 mg	(Antivert)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	(Ondansetron HCl)	1	PA BvD
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg	(Ondansetron)	2	PA BvD
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)	(Prochlorperazine Edisylate)	1	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	(Compazine)	1	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	(Compazine)	2	
promethazine injection solution 25 mg/ml	(Promethazine HCl)	2	
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	(Promethazine HCl)	1	
promethazine rectal suppository 25 mg	(Promethazine HCl)	2	
promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg	(Promethazine HCl)	2	
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	(Transderm-Scop)	2	QL (10 per 30 days)
Agentes Antiparasitarios			
Agentes Antiparasitarios			
albendazole oral tablet 200 mg	(Albenza)	5	NDS
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	(Mepron)	2	
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg	(Malarone)	2	
atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg	(Malarone)	2	
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg	(Chloroquine Phosphate)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	
hydroxychloroquine oral tablet 100 mg	(Plaquenil)	2	QL (180 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	(Plaquenil)	2	QL (90 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 300 mg	(Plaquenil)	2	QL (60 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 400 mg	(Plaquenil)	2	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
ivermectin oral tablet 3 mg	(Stromectol)	2	
ivermectin oral tablet 6 mg	(Stromectol)	2	
mefloquine oral tablet 250 mg	(Mefloquine HCl)	2	
nitazoxanide oral tablet 500 mg	(Nitazoxanide)	5	NDS; QL (60 per 30 days)
paromomycin oral capsule 250 mg	(Humatin)	2	
pentamidine inhalation recon soln 300 mg	(Nebupent)	2	PA BvD
pentamidine injection recon soln 300 mg	(Nebupent)	2	
praziquantel oral tablet 600 mg	(Biltricide)	2	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)		4	
pyrimethamine oral tablet 25 mg	(Daraprim)	5	PA; NDS
quinine sulfate oral capsule 324 mg	(Qualaquin)	2	PA
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	(Tinidazole)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antiparkinson			
Agentes Antiparkinson			
amantadine hcl oral capsule 100 mg	(Amantadine HCl)	2	
amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml	(Amantadine HCl)	1	
amantadine hcl oral tablet 100 mg	(Amantadine HCl)	2	
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	(Benztropine Mesylate)	1	
bromocriptine oral tablet 2.5 mg	(Parlodel)	2	
cabergoline oral tablet 0.5 mg	(Cabergoline)	2	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg	(Dhivy)	1	
carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg	(Dhivy)	1	
carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg	(Dhivy)	1	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	(Carbidopa/Levodopa)	2	
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	(Carbidopa/Levodopa)	2	
entacapone oral tablet 200 mg	(Comtan)	2	
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
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML		5	PA; NDS; QL (600 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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	(Pramipexole Di-HCl)	1	
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Azilect)	2	
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	(Ropinirole HCl)	1	
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg	(Ropinirole HCl)	2	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	(Selegiline HCl)	2	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	(Selegiline HCl)	2	
trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg	(Trihexyphenidyl HCl)	1	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML		5	PA; NDS; QL (560 per 28 days)
Agentes Antipsicóticos			
Agentes Antipsicóticos			
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML		5	NDS; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML		5	NDS; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG		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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG		5	NDS; QL (2 per 28 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	(Aripiprazole)	2	
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	(Abilify)	2	
aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg	(Aripiprazole)	2	ST; QL (90 per 30 days)
aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg	(Aripiprazole)	2	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML		5	NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML		5	NDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML		5	NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML		5	NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML		5	NDS; QL (3.2 per 14 days)
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Saphris)	2	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG		5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
chlorpromazine injection solution 25 mg/ml	(Chlorpromazine HCl)	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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml (Chlorpromazine HCl)	2	
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Chlorpromazine HCl)	2	
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Clozaril)	2	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg (Clozapine)	2	ST; QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg (Clozapine)	2	ST; QL (180 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg (Clozapine)	2	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	5	ST; NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NDS; QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NDS; QL (1.5 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML	5	NDS; QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	5	NDS; QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NDS; QL (0.5 per 21 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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)		4	ST
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)		4	ST
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)		4	ST
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	(Fluphenazine Decanoate)	2	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	(Fluphenazine HCl)	2	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	(Fluphenazine HCl)	2	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	(Fluphenazine HCl)	2	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Fluphenazine HCl)	2	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml	(Haloperidol Decanoate)	2	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	(Haloperidol Decanoate)	2	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	(Haloperidol Lactate)	1	
haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml	(Haloperidol Lactate)	2	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	(Haloperidol Lactate)	1	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	(Haloperidol)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NDS; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NDS; QL (2.63 per 70 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	(Loxapine Succinate)	2	
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	(Latuda)	2	QL (30 per 30 days)
lurasidone oral tablet 80 mg	(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)
molindone oral tablet 10 mg	(Molindone HCl)	2	QL (240 per 30 days)
molindone oral tablet 25 mg	(Molindone HCl)	2	QL (270 per 30 days)
molindone oral tablet 5 mg	(Molindone HCl)	5	NDS; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
olanzapine intramuscular recon soln 10 mg	(Zyprexa)	2	QL (30 per 30 days)
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 7.5 mg	(Zyprexa)	2	
olanzapine oral tablet 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Zyprexa)	2	
olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	(Zyprexa Zydis)	2	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG		5	ST; NDS
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg	(Invega)	2	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg	(Invega)	2	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	(Invega)	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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Perphenazine)	2	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG		5	NDS; QL (1 per 30 days)
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg	(Pimozide)	2	
prochlorperazine 10 mg/2 ml vl outer 10 mg/2 ml (5 mg/ml)	(Prochlorperazine Edisylate)	1	
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel)	2	
quetiapine oral tablet 150 mg	(Seroquel)	2	QL (30 per 30 days)
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel XR)	2	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	NDS; QL (30 per 30 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml	(Risperdal Consta)	2	QL (2 per 28 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 25 mg/2 ml	(Risperdal Consta)	2	QL (2 per 28 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml	(Risperdal Consta)	5	NDS; QL (2 per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	(Risperdal)	2	
risperidone oral tablet 0.25 mg	(Risperdal)	1	
risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Risperdal)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Risperidone)	2	
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	(risperidone microspheres)	5	NDS; QL (2 per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR		5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Thioridazine HCl)	2	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Thiothixene)	2	
trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Trifluoperazine HCl)	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)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg (Geodon)	2	
ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.) (Geodon)	2	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	5	NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Calóricos			
Agentes Calóricos			
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 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %		4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %		4	PA BvD
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution	(Dextrose 5 % in Water)	2	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %		4	PA BvD
Agentes Cardiovasculares			
Agentes Alfa-Adrenérgicos			
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	(Clonidine HCl)	1	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr	(Catapres-Tts 1)	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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr	(Catapres-Tts 1)	2	
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr	(Catapres-Tts 1)	2	
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Cardura)	1	
droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Northera)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg	(Guanfacine HCl)	2	
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Midodrine HCl)	2	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	(Minipress)	2	
Agentes Antiarritmicos			
amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg	(Amiodarone HCl)	2	
amiodarone oral tablet 400 mg	(Amiodarone HCl)	2	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	(Tikosyn)	2	
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	(Flecainide Acetate)	2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		3	
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	(Amiodarone HCl)	2	
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg	(Rythmol SR)	2	
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	(Propafenone HCl)	2	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	(Quinidine Sulfate)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos			
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg	(Acebutolol HCl)	1	
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Tenormin)	1	
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg	(Tenoretic 50)	1	
atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg	(Tenoretic 50)	1	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Bisoprolol Fumarate)	1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	(Ziac)	1	
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	(Coreg)	1	
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Labetalol HCl)	1	
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Toprol XL)	1	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg	(Lopressor)	1	
metoprolol tartrate oral tablet 25 mg	(Lopressor)	1	
nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Bystolic)	2	
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	(Inderal LA)	2	
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	(Propranolol HCl)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	(Betapace)	1	
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(Betapace)	1	
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(Betapace)	1	
sotalol oral tablet 240 mg	(Betapace)	1	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Timolol Maleate)	2	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio			
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(Cardizem CD)	1	
diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage	(Tiazac)	2	
diltiazem 24hr er 420 mg cap	(Tiazac)	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg	(Cardizem CD)	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg	(Cardizem CD)	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(Cardizem CD)	1	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg	(Cardizem CD)	1	
diltiazem hcl oral tablet 90 mg	(Cardizem CD)	1	
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	(Cardizem CD)	1	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	(Tiazac)	1	
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	(Cardizem CD)	1	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg	(Verelan)	2	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg	(Verelan)	4	
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	(Calan SR)	1	
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	(Calan SR)	1	
Agentes Cardiovasculares, Varios			
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG		5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML		3	QL (600 per 30 days)
digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)	(Digoxin)	2	
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	(Lanoxin)	1	
digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)	(Lanoxin)	1	
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml	(Epipen 2-Pak)	3	QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml	(Epipen 2-Pak)	2	QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml	(Epipen 2-Pak)	3	QL (4 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml	(Epipen 2-Pak)	2	QL (4 per 30 days)
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Hydralazine HCl)	1	
icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	(Firazyr)	5	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg	(Corlanor)	3	QL (60 per 30 days)
metyrosine oral capsule 250 mg	(Demser)	5	NDS
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg	(Ranexa)	2	QL (60 per 30 days)
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg	(Ranexa)	2	QL (120 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii			
candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	(Atacand)	6	
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	(Atacand HCT)	6	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	(sacubitril-valsartan)	3	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG		3	QL (240 per 30 days)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg	(Avapro)	6	
irbesartan oral tablet 75 mg	(Avapro)	6	
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	(Avalide)	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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Cozaar)	6	
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	(Hyzaar)	6	
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Benicar)	6	
olmesartan-amlodipin-hcthiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	(Tribenzor)	6	
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	(Benicar HCT)	6	
telmisartan oral tablet 20 mg	(Micardis)	6	
telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg	(Micardis)	6	
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg	(Micardis HCT)	6	
valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg	(Diovan)	6	
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	(Diovan HCT)	6	
Dihidropiridinas			
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Norvasc)	1	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg	(Lotrel)	6	
amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg	(Lotrel)	6	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	(Azor)	6	
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	(Exforge)	6	
amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	(Exforge HCT)	2	
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Felodipine)	1	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg	(Procardia XL)	1	
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg	(Nifedipine)	2	
Dislipidémicos			
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg	(Caduet)	6	
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	(Caduet)	6	QL (30 per 30 days)
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg	(Caduet)	6	
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lipitor)	6	QL (30 per 30 days)
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram	(Questran)	2	
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	(Cholestyramine)	2	
colesevelam oral powder in packet 3.75 gram	(Welchol)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
colesevelam oral tablet 625 mg	(Welchol)	2	
colestipol oral packet 5 gram	(Colestid)	2	
colestipol oral tablet 1 gram	(Colestid)	2	
ezetimibe oral tablet 10 mg	(Zetia)	1	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg	(Vytorin)	6	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg	(Vytorin)	6	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg	(Vytorin)	6	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg	(Vytorin)	6	QL (30 per 30 days)
fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg	(Antara)	2	
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg	(Tricor)	1	
fenofibrate oral tablet 120 mg, 160 mg, 40 mg, 54 mg	(Fenoglide)	1	
fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg	(Fluvastatin Sodium)	6	QL (60 per 30 days)
fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg	(Lescol XL)	6	
gemfibrozil oral tablet 600 mg	(Lopid)	1	
icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram	(Vascepa)	2	QL (240 per 30 days)
icosapent ethyl oral capsule 1 gram	(Vascepa)	2	QL (120 per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Lovastatin)	6	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG		3	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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG		3	ST; QL (30 per 30 days)
niacin oral tablet 500 mg	(Niacin)	2	
niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	(Niaspan)	2	
niacor oral tablet 500 mg	(Niacin)	2	
omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram	(Lovaza)	2	ST; QL (120 per 30 days)
pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	(Livalo)	2	QL (30 per 30 days)
pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg	(Pravastatin Sodium)	6	
pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg	(Pravastatin Sodium)	6	QL (30 per 30 days)
prevalite oral powder in packet 4 gram	(Cholestyramine)	2	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML		3	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML		3	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML		3	ST; QL (6 per 28 days)
rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Crestor)	6	QL (30 per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Zocor)	6	QL (30 per 30 days)
simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg	(Zocor)	6	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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Diuréticos			
amiloride oral tablet 5 mg	(Amiloride HCl)	1	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	(Amiloride/Hydrochlorothiazide)	1	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	(Bumetanide)	2	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	(Chlorthalidone)	1	
furosemide injection solution 10 mg/ml	(Furosemide)	1	
furosemide injection syringe 10 mg/ml	(Furosemide)	1	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	(Furosemide)	1	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lasix)	1	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	(Hydrochlorothiazide)	1	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	(Hydrochlorothiazide)	1	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	(Indapamide)	1	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	(tolvaptan (polycys kidney dis))	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Metolazone)	2	
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Aldactone)	1	
spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg	(Aldactazide)	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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tolvaptan (polycys kidney dis) 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)	(Tolvaptan)	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	(Soaanz)	1	
triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg	(Triamterene/Hydrochlorothiazid)	1	
triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	(Maxzide)	1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina			
benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Lotensin)	6	
benazepril oral tablet 5 mg	(Lotensin)	6	
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Lotensin HCT)	6	
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg	(Lotensin HCT)	6	
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	(Captopril)	6	
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Vasotec)	6	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg	(Vaseretic)	6	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg	(Vaseretic)	6	
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Fosinopril Sodium)	6	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg	(Fosinopril/Hydrochlorothiazide)	6	
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	(Zestril)	6	
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Zestoretic)	6	
moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg	(Moexipril HCl)	6	
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Perindopril Erbumine)	6	
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Accupril)	6	
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Accuretic)	6	
ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Altace)	6	
ramipril oral capsule 10 mg	(Altace)	6	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	(Trandolapril)	6	
trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg	(Trandolapril/Verapamil HCl)	6	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona			
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg	(Tekturna)	2	
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	(Inspra)	2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Vasodilatadores			
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg	(Isordil)	2	
isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg	(Isordil)	2	
isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg	(Isordil)	2	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	(Isosorbide Mononitrate)	1	
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg	(Isosorbide Mononitrate)	1	
minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	(Nitro-Dur)	2	
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	(Minoxidil)	1	
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	(Nitrostat)	1	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	(Nitro-Dur)	2	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Lotronex)	2	
balsalazide oral capsule 750 mg	(Colazal)	2	
budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg	(Entocort EC)	2	
budesonide rectal foam 2 mg/actuation	(Uceris)	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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml	(Cortenema)	2	
mesalamine oral capsule, extended release 500 mg	(Mesalamine)	2	
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	(Apriso)	2	
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram	(Lialda)	2	QL (120 per 30 days)
sulfasalazine oral tablet 500 mg	(Azulfidine)	1	
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	(Azulfidine)	4	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
alendronate oral solution 70 mg/75 ml	(Alendronate Sodium)	2	QL (300 per 28 days)
alendronate oral tablet 10 mg	(Fosamax)	1	QL (30 per 30 days)
alendronate oral tablet 35 mg	(Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
alendronate oral tablet 70 mg	(Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation	(Calcitonin,Salmon,Synthetic)	2	
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	(Rocaltrol)	1	
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	(Sensipar)	2	QL (60 per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	(Sensipar)	5	NDS; QL (120 per 30 days)
ibandronate oral tablet 150 mg	(Boniva)	1	QL (1 per 28 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE		5	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg	(Zemplar)	2	
paricalcitol oral capsule 4 mcg	(Zemplar)	2	
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)
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML		3	QL (1 per 180 days)
teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)	(Forteo)	5	PA; NDS; QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)		5	PA; NDS; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)		5	PA; NDS
Agentes De Trastorno De Sueño			
Agentes De Trastorno De Sueño			
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	(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)
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg	(Lunesta)	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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
modafinil oral tablet 100 mg	(Provigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	(Provigil)	2	PA; QL (60 per 30 days)
sodium oxybate oral solution 500 mg/ml	(Xyrem)	5	PA; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg	(Zaleplon)	1	QL (30 per 30 days)
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg	(Ambien)	1	QL (30 per 30 days)
zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg	(Ambien CR)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central			
Agentes Del Sistema Nervioso Central			
atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	(Strattera)	2	QL (60 per 30 days)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	(Strattera)	2	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG		5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG		5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG		5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG		5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG		5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG		5	PA; NDS; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG, 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)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		5	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg	(Ampyra)	2	PA; QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg	(Adderall XR)	2	QL (30 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg	(Adderall XR)	2	QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Adderall)	2	QL (60 per 30 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg	(Tecfidera)	5	PA; NDS; QL (14 per 7 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)	(Tecfidera)	5	PA; NDS
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg	(Tecfidera)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
fingolimod oral capsule 0.5 mg	(Gilenya)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	(Copaxone)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	(Copaxone)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml	(Copaxone)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml	(Copaxone)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Intuniv)	2	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 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)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 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)
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg	(Lithium Carbonate)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lithium carbonate oral tablet 300 mg	(Lithobid)	1	
lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg	(Lithobid)	1	
lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg	(Lithobid)	1	
lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml	(Lithium Citrate)	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)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)		3	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)		5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml (Methylin)	2	QL (900 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg (Ritalin)	2	QL (90 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (20 per 180 days)
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION 920 MG-23,000 UNIT/23 ML	5	PA; NDS; QL (23 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
riluzole oral tablet 50 mg (Rilutek)	2	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg (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)

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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) (Acetadote)	2	PA BvD
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	5	NDS; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NDS
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml (Cromolyn Sodium)	2	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML		5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML		5	PA; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
pirfenidone oral capsule 267 mg	(Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 267 mg	(Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 534 mg	(Esbriet)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 801 mg	(Esbriet)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
roflumilast oral tablet 250 mcg	(Daliresp)	2	QL (28 per 28 days)
roflumilast oral tablet 500 mcg	(Daliresp)	2	QL (30 per 30 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2)		5	PA; NDS; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG		5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		5	PA; NDS

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	(fluticasone propion-salmeterol)	3	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION		3	QL (32.1 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	(fluticasone furoate)	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	(fluticasone furoate-vilanterol)	3	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE		3	QL (60 per 30 days)
breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	(Symbicort)	1	QL (30.9 per 30 days)
budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml	(Pulmicort)	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	(Symbicort)	1	QL (30.6 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation	(Flovent Hfa)	1	QL (12 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation	(Flovent Hfa)	1	QL (24 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation	(Flovent Hfa)	1	QL (21.2 per 30 days)
fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	(Advair Diskus)	1	QL (60 per 30 days)
wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	(Advair Diskus)	1	QL (60 per 30 days)
Antileucotrinos			
montelukast oral tablet 10 mg	(Singulair)	1	
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	(Singulair)	1	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	(Accolate)	2	
Broncodilatadores			
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION		3	QL (32.1 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	(Proair Hfa)	2	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)	(Proair Hfa)	2	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)	(Proair Hfa)	2	QL (36 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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml	(Albuterol Sulfate)	1	PA BvD
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	(umeclidinium-vilanterol)	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)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	(Ipratropium Bromide)	1	PA BvD
ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml	(Ipratropium/Albuterol Sulfate)	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE		3	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION		3	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION		3	QL (4 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION		3	QL (4 per 28 days)
theophylline oral solution 80 mg/15 ml	(Theophylline Anhydrous)	2	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg	(Theophylline Anhydrous)	2	
theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg	(Theophylline Anhydrous)	2	
tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg	(Spiriva Handihaler)	2	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG		3	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales			
Agentes Dentales Y Orales			
cevimeline oral capsule 30 mg	(Evoxac)	2	
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	(Peridex)	1	
denta 5000 plus dental cream 1.1 %	(Fluoride (Sodium))	1	
dentagel dental gel 1.1 %	(Fluoride (Sodium))	1	
fluoride (sodium) dental solution 0.2 %	(Prevident)	1	
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	(Peridex)	1	
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	(Salagen)	2	
sf 5000 plus dental cream 1.1 %	(Fluoride (Sodium))	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %	(Prevident 5000 Sensitive)	1	
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	(Kourzeq)	2	
Agentes Dermatológicos			
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos			
ala-cort topical cream 1 %	(Hydrocortisone)	1	
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %	(Betamethasone Dipropionate)	2	
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %	(Betamethasone Dipropionate)	2	
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %	(Betamethasone Dipropionate)	2	
betamethasone valerate topical cream 0.1 %	(Betamethasone Valerate)	2	
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %	(Betamethasone Valerate)	2	
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %	(Betamethasone Valerate)	1	
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %	(Betamethasone/Propylene Glyc)	1	
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %	(Betamethasone Dipropionate)	2	
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %	(Betamethasone/Propylene Glyc)	2	
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	(Diprolene)	2	
clobetasol scalp solution 0.05 %	(Clobetasol Propionate)	2	
clobetasol topical cream 0.05 %	(Clobetasol Propionate)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
clobetasol topical gel 0.05 %	(Clobetasol Propionate)	2	
clobetasol topical lotion 0.05 %	(Clobex)	2	
clobetasol topical ointment 0.05 %	(Temovate)	2	
clobetasol topical shampoo 0.05 %	(Clobex)	2	
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %	(Clobetasol Propionate/Emoll)	2	
clobetasol-emollient topical foam 0.05 %	(Olux-E)	2	
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %		3	
fluocinolone topical cream 0.01 %	(Synalar)	2	
fluocinolone topical cream 0.025 %	(Synalar)	2	
fluocinolone topical ointment 0.025 %	(Synalar)	2	
fluocinonide topical cream 0.05 %	(Vanos)	2	
fluocinonide topical cream 0.1 %	(Vanos)	2	
fluocinonide topical gel 0.05 %	(Fluocinonide)	2	
fluocinonide topical ointment 0.05 %	(Fluocinonide)	2	
fluocinonide topical solution 0.05 %	(Fluocinonide)	2	
fluticasone propionate topical cream 0.05 %	(Fluticasone Propionate)	1	
halobetasol propionate topical cream 0.05 %	(Halobetasol Propionate)	2	
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %	(Halobetasol Propionate)	2	
hydrocortisone 2.5% cream	(Hydrocortisone)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
hydrocortisone topical cream 1 %	(Hydrocortisone)	1	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Hydrocortisone)	1	
hydrocortisone topical lotion 2.5 %	(Scalacort)	1	
hydrocortisone topical ointment 1 %	(Hydrocortisone)	1	
hydrocortisone topical ointment 2.5 %	(Hydrocortisone)	1	
hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %	(Hydrocortisone Valerate)	2	
mometasone topical cream 0.1 %	(Mometasone Furoate)	1	
mometasone topical ointment 0.1 %	(Mometasone Furoate)	1	
mometasone topical solution 0.1 %	(Mometasone Furoate)	1	
pimecrolimus topical cream 1 %	(Elidel)	2	QL (100 per 30 days)
procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Anusol-HC)	2	
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Anusol-HC)	2	
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Anusol-HC)	2	
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %	(Protopic)	2	QL (100 per 30 days)
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %	(Triamcinolone Acetonide)	1	
triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %	(Triamcinolone Acetonide)	1	
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %	(Triamcinolone Acetonide)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	(Tritocin)	1	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %	(Tritocin)	1	
Agentes Dermatológicos, Otros			
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	(Acitretin)	2	
acyclovir topical ointment 5 %	(Zovirax)	2	QL (30 per 30 days)
ammonium lactate topical cream 12 %	(Ammonium Lactate)	1	
ammonium lactate topical lotion 12 %	(Ammonium Lactate)	1	
calcipotriene scalp solution 0.005 %	(Calcipotriene)	2	QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical cream 0.005 %	(Dovonex)	2	QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical ointment 0.005 %	(Calcipotriene)	2	QL (120 per 30 days)
fluorouracil topical cream 5 %	(Carac)	2	
fluorouracil topical solution 2 %, 5 %	(Fluorouracil)	2	
imiquimod topical cream in packet 5 %	(Aldara)	2	QL (24 per 30 days)
ISOPROPYL ALCOHOL TOPICAL SWAB 70 %		1	
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %		3	QL (5 per 5 days)
methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg	(Methoxsalen)	5	NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %		5	NDS; QL (60 per 28 days)
podofilox topical solution 0.5 %	(Podofilox)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM		4	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %		5	PA NSO; NDS
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(Absorica)	2	
Antibacterianos Dermatológicos			
clindamycin phosphate topical solution 1 %	(Cleocin T)	1	QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 %	(Clindacin P)	1	
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %	(Benzaclin)	2	
erythromycin with ethanol topical solution 2 %	(Erythromycin Base In Ethanol)	2	
gentamicin topical cream 0.1 %	(Gentamicin Sulfate)	2	QL (90 per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %	(Gentamicin Sulfate)	2	QL (120 per 30 days)
metronidazole topical cream 0.75 %	(Metrocream)	2	
metronidazole topical gel 0.75 %	(Rosadan)	2	
metronidazole topical gel 1 %	(Rosadan)	2	
mupirocin topical ointment 2 %	(Centany)	1	QL (220 per 30 days)
neuac topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %	(Benzaclin)	1	
rosadan topical cream 0.75 %	(Metrocream)	2	
selenium sulfide topical lotion 2.5 %	(Selenium Sulfide)	1	
silver sulfadiazine topical cream 1 %	(Silvadene)	1	
ssd topical cream 1 %	(Silvadene)	4	
Escabicidas Y Pediculicidas			
malathion topical lotion 0.5 %	(Ovide)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
permethrin topical cream 5 %	(Elimite)	2	QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos			
adapalene topical cream 0.1 %	(Differin)	2	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %		4	PA
tazarotene topical cream 0.1 %	(Tazorac)	2	
tretinoin topical cream 0.025 %	(Retin-A)	2	PA
tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %	(Retin-A)	2	PA
Agentes Gastrointestinales			
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos			
amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg	(Lansoprazole/Amoxicil n/Clarith)	2	
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml	(Cimetidine HCl)	2	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg	(Nexium)	2	QL (30 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	(Nexium)	2	QL (60 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg	(Nexium)	2	ST; QL (30 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg	(Nexium)	2	ST; QL (60 per 30 days)
famotidine oral tablet 20 mg	(Pepcid)	1	
famotidine oral tablet 40 mg	(Pepcid)	1	
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg	(Prevacid)	2	QL (30 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	(Prevacid)	2	QL (60 per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	(Cytotec)	2	
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Omeprazole)	1	
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	(Protonix)	1	QL (30 per 30 days)
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 40 mg	(Protonix)	1	QL (60 per 30 days)
rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	(Aciphex)	2	QL (30 per 30 days)
sucralfate oral tablet 1 gram	(Carafate)	1	
Agentes Gastrointestinales, Otros			
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	(Carglumic Acid)	5	PA; NDS
constulose oral solution 10 gram/15 ml	(Lactulose)	1	
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	(Gastrocrom)	2	
dicyclomine oral capsule 10 mg	(Dicyclomine HCl)	1	
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml	(Dicyclomine HCl)	2	
dicyclomine oral tablet 20 mg	(Dicyclomine HCl)	1	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	(Lomotil)	1	
enulose oral solution 10 gram/15 ml	(Lactulose)	1	
generlac oral solution 10 gram/15 ml	(Lactulose)	1	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg	(Glycate)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
glycopyrrolate oral tablet 2 mg	(Glycate)	2	
kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	(Sodium Polystyrene Sulfon/Sorb)	2	
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	(Lactulose)	1	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		3	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM		3	
loperamide oral capsule 2 mg	(Loperamide HCl)	1	
lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg	(Amitiza)	2	QL (60 per 30 days)
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml	(Metoclopramide HCl)	1	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days)
sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram	(Sodium Polystyrene Sulfonate)	2	
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	(Sodium Polystyrene Sulfon/Sorb)	2	
ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg	(Ursodiol)	5	NDS
ursodiol oral capsule 300 mg	(Ursodiol)	2	
ursodiol oral tablet 250 mg	(Urso)	2	
ursodiol oral tablet 500 mg	(Urso)	2	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM		3	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Enlaces De Fosfato			
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg	(Calcium Acetate)	2	
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg	(Calcium Acetate)	2	
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram	(Renvela)	2	
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	(Renvela)	2	
sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg	(Renagel)	2	
Laxantes			
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML		3	
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram	(Golytely)	1	
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(Golytely)	1	
gavilyte-n oral recon soln 420 gram	(Sodium Chloride/Nahco3/Kcl/Peg)	2	
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(Golytely)	1	
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	(Sodium Chloride/Nahco3/Kcl/Peg)	1	
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram	(Suprep)	3	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)	(Suprep)	2	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM		3	
Agentes Genitourinarios			
Agentes Genitourinarios, Varios			
alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg	(Uroxatral)	1	QL (30 per 30 days)
dutasteride oral capsule 0.5 mg	(Avodart)	1	
finasteride oral tablet 5 mg	(Proscar)	1	
tamsulosin oral capsule 0.4 mg	(Flomax)	1	
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Terazosin HCl)	1	
Antiespasmódicos, Urinario			
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	(Bethanechol Chloride)	2	
fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg	(Toviaz)	2	
flavoxate oral tablet 100 mg	(Flavoxate HCl)	2	
mirabegron oral tablet extended release 24 hr 25 mg, 50 mg	(Myrbetriq)	2	
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml	(Oxybutynin Chloride)	1	
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	(Oxybutynin Chloride)	1	
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg	(Ditropan XL)	1	
solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg	(Vesicare)	1	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg	(Detrol LA)	2	
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg	(Detrol)	2	
trospium oral capsule,extended release 24hr 60 mg	(Trospium Chloride)	2	
trospium oral tablet 20 mg	(Trospium Chloride)	2	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador			
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos			
levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	(Levo-T)	1	
levothyroxine oral tablet 300 mcg	(Levo-T)	1	
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	(Cytomel)	2	
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	(Methimazole)	1	
propylthiouracil oral tablet 50 mg	(Propylthiouracil)	2	
Andrógenos			
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	(Danazol)	2	
oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg	(Oxandrolone)	2	PA
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml	(Depo-Testosterone)	1	PA
testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)	(Depo-Testosterone)	1	PA
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml	(Testosterone Enanthate)	2	PA; QL (5 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	(Vogelxo)	2	PA; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	(Vogelxo)	2	PA; QL (150 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)	(Androgel)	2	PA; QL (300 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML		3	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos			
abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg	(Activella)	1	
abigale oral tablet 1-0.5 mg	(Activella)	2	
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG		3	
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	(Vagifem)	1	
estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	(Minivelle)	2	QL (8 per 28 days)
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	(Climara)	2	QL (4 per 28 days)
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)	(Estrace)	2	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	(Vagifem)	2	QL (18 per 28 days)
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg	(Activella)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg	(Activella)	2	
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	(Activella)	2	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG		3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.625 MG, 1.25 MG	(conjugated estrogens)	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM		3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)		3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		3	
raloxifene oral tablet 60 mg	(Evista)	2	
yuvafem vaginal tablet 10 mcg	(Vagifem)	2	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides			
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml	(Dexamethasone)	1	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	(Dexamethasone)	1	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml	(Dexamethasone Sodium Phosphate)	1	
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg	(Fludrocortisone Acetate)	1	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Cortef)	1	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml	(Depo-Medrol)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	(Medrol)	1	
methylprednisolone oral tablet 32 mg	(Medrol)	1	
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg	(Medrol)	1	
prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)	(Pediapred)	1	PA BvD
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml	(Pediapred)	1	PA BvD
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)	(Pediapred)	2	PA BvD
prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	(Pediapred)	2	PA BvD
prednisone oral solution 5 mg/5 ml	(Prednisone)	2	PA BvD
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	(Prednisone)	1	PA BvD
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)	(Prednisone)	1	
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml	(Kenalog-40)	1	
Pituitario			
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML		5	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML		5	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 UNIT/ML		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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML		5	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)	(Desmopressin (Nonrefrigerated))	2	
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	(Desmopressin (Nonrefrigerated))	2	
desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	(DDAVP)	2	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML		5	PA; NDS
lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml	(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		5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG		5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG		5	PA; NDS
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	(leuprolide (3 month))	4	PA NSO

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)		5	PA; NDS
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml	(Octreotide Acetate)	2	
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml	(Octreotide Acetate)	2	
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
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 SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	(lanreotide)	5	PA NSO; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	(lanreotide)	5	PA NSO; NDS; QL (0.3 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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; NDS
Progestinas			
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML		3	QL (0.65 per 84 days)
gallifrey oral tablet 5 mg	(Aygestin)	2	
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	(Depo-Provera)	1	
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	(Depo-Provera)	1	
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Provera)	1	
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)	(Megestrol Acetate)	2	
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	(Aygestin)	2	
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	(Prometrium)	2	
Agentes Inmunológicos			
Agentes Inmunológicos			
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

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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML		5	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG		5	PA; NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG	(tacrolimus)	4	PA BvD
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG	(tacrolimus)	5	PA BvD; NDS
azathioprine oral tablet 50 mg	(Imuran)	2	PA BvD
azathioprine sodium injection recon soln 100 mg	(Azathioprine Sodium)	1	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML		5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML		5	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML		5	PA; NDS
cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml	(Sandimmune)	2	PA BvD
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg	(Neoral)	2	PA BvD
cyclosporine modified oral capsule 50 mg	(Neoral)	2	PA BvD
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	(Neoral)	2	PA BvD
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	(Sandimmune)	2	PA BvD
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	(adalimumab-adbm)	5	PA; NDS
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	(adalimumab-adbm)	5	PA; NDS
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	(adalimumab-adbm)	5	PA; NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	(adalimumab-adbm)	5	PA; NDS
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS 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
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg (Zortress)	5	PA BvD; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	5	PA BvD; NDS
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg (Neoral)	2	PA BvD
gengraf oral solution 100 mg/ml (Neoral)	2	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
infliximab intravenous recon soln 100 mg (Remicade)	5	PA; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; NDS
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg (Arava)	2	
mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg (Cellcept)	2	PA BvD

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	(Cellcept)	2	PA BvD
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml	(Cellcept)	5	PA BvD; NDS
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	(Cellcept)	2	PA BvD
mycophenolate sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg	(Myfortic)	2	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML		5	PA NSO; NDS
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG		5	PA BvD; 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 20 MG, 30 MG		5	PA; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)		5	PA; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML		4	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG		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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	4	ST
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NDS
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-aekn)	3	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-aekn)	5	PA; NDS
sirolimus oral solution 1 mg/ml (Rapamune)	5	PA BvD; NDS
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg (Rapamune)	2	PA BvD
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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	(ustekinumab)	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	(ustekinumab)	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	(ustekinumab)	5	PA; NDS
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	(Prograf)	2	PA BvD
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)		5	PA; NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML		5	PA; NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML		5	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML		5	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML		5	PA; NDS
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML		5	PA; NDS

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TYENNE 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
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NDS
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; NDS
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NDS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Vacunas		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	6	$0 copay
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	$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	6	$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	6	$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	6	$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	6	$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	$0 copay

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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; $0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	6	PA BvD; $0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	6	PA BvD; $0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	6	$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	6	$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	6	$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	6	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	6	PA BvD; $0 copay
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	6	$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	6	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	6	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	6	$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	6	$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	6	$0 copay
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML	6	$0 copay
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10-5 MCG	6	$0 copay
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	6	$0 copay

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	6	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	6	PA BvD; $0 copay
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	6	$0 copay
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	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; $0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	PA BvD; $0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	PA BvD; $0 copay

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	6	$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	6	$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	6	$0 copay
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	6	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	6	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	6	$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	6	$0 copay

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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	6	$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	6	$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (typhoid vi polysacch vaccine)	6	$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	6	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	6	$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	6	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	6	$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	6	$0 copay
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	6	$0 copay
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	6	$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT	6	$0 copay

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	$0 copay
Agentes Oftálmicos			
Agentes Antiglaucoma			
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	(Acetazolamide)	2	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	(Acetazolamide)	2	
acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg	(Acetazolamide Sodium)	1	
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Betaxolol HCl)	1	
bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %	(Bimatoprost)	2	QL (2.5 per 25 days)
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %	(Alphagan P)	2	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	(Alphagan P)	2	
brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %	(Combigan)	2	
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Azopt)	2	
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	(Carteolol HCl)	1	
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %	(Trusopt)	1	
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml	(Cosopt)	1	
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %	(Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Levobunolol HCl)	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %		3	QL (2.5 per 25 days)
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	(Methazolamide)	2	
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %	(Isopto Carpine)	2	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %		3	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %		3	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %		3	
tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %	(Zioptan)	2	QL (30 per 30 days)
timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %	(Timoptic)	1	
timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Betimol)	1	
travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %	(Travatan Z)	2	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %		4	QL (5 per 30 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta			
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta			
acetic acid otic (ear) solution 2 %	(Acetic Acid)	1	
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram	(Bacitracin)	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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	(Bacitracin/Polymyxin B Sulfate)	1	
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Ciloxan)	1	
ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	(Ciprodex)	2	QL (7.5 per 7 days)
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	(Erythromycin Base)	1	QL (3.5 per 4 days)
gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)	(Gentamicin Sulfate)	2	
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Gentamicin Sulfate)	2	
hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %	(Hydrocortisone/Acetic Acid)	2	
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Moxeza)	2	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %		4	
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	(Neomycin/Bacit/P-Myx/Hydrocort)	2	
neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	(Neomycin/Bacitracin/ Polymyxinb)	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %	(Maxitrol)	1	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %	(Maxitrol)	1	

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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml	(Neomycin/Polymyxn B/Gramicidin)	2	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	(Neomycin/Polymyxin B/Hydrocort)	2	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	(Neomycin/Polymyxin B/Hydrocort)	2	
neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	(Neomycin/Bacit/P-Myx/Hydrocort)	2	
neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	(Neomycin/Bacitracin/ Polymyxinb)	2	
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Ocuflox)	1	
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %	(Ocuflox)	2	
polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	(Bacitracin/Polymyxin B Sulfate)	1	
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml	(Polytrim)	1	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %	(Sulfacetamide Sodium)	2	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %	(Sulfacetamide Sodium)	2	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)	(Sulfacetamide/Prednisolone Sp)	1	
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Tobrex)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %	(Tobradex)	2	
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %	(Trifluridine)	2	
XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %		5	PA; NDS; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %		4	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %		3	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta			
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	(loteprednol etabonate)	3	ST
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %	(Prolensa)	2	
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %	(Prolensa)	2	
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %	(Prolensa)	2	
cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %	(Restasis)	2	QL (60 per 30 days)
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Dexamethasone Sodium Phosphate)	2	
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Diclofenac Sodium)	1	
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	(Durezol)	2	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %		3	QL (8.3 per 14 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)	(Flunisolide)	2	QL (50 per 25 days)
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %	(Dermotic)	2	
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	(FML)	4	
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %	(Flurbiprofen Sodium)	2	
fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation	(Fluticasone Propionate)	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)
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Acular)	1	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)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %	(Lotemax)	2	QL (10 per 14 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %	(Alrex)	2	ST
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %	(Alrex)	2	QL (15 per 19 days)
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	(Mometasone Furoate)	2	QL (34 per 30 days)
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Pred Forte)	4	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %		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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios			
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %	(Isopto Atropine)	2	
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)	(Azelastine HCl)	1	QL (60 per 30 days)
azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)	(Azelastine HCl)	1	QL (30 per 25 days)
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	(Azelastine HCl)	2	
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %	(Cromolyn Sodium)	1	
epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	(Epinastine HCl)	2	
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)	(Ipratropium Bromide)	2	QL (30 per 28 days)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)	(Ipratropium Bromide)	2	QL (15 per 10 days)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %		3	QL (12 per 28 days)
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Olopatadine HCl)	1	
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	(Olopatadine HCl)	1	
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML		5	PA; NDS

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BAQSIMI NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION		3	
betaine oral powder 1 gram/scoop	(Cystadane)	5	PA; NDS
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Buspirone HCl)	1	
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML		5	PA; NDS
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	(Proglycem)	2	
glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram	(Glutamine)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML		3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML		3	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML		3	
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg	(Vistaril)	1	
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	(Leucovorin Calcium)	2	
mesna oral tablet 400 mg	(Mesnex)	5	NDS
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	(Rectiv)	2	QL (30 per 30 days)
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	(Mestinon)	2	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		3	QL (30 per 30 days)

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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE		5	PA; NDS; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML		3	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML		3	
Agentes Vasodilatadores			
Agentes Vasodilatadores			
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
alyq oral tablet 20 mg	(Cialis)	2	PA; QL (60 per 30 days)
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	(Tracleer)	5	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	(Viagra)	2	PA; QL (360 per 30 days)
sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Viagra)	2	EX; CB (6 EA per 30 days)
tadalafil oral tablet 2.5 mg	(Cialis)	2	PA
tadalafil oral tablet 5 mg	(Cialis)	2	PA
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
Analgésicos			
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos			
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg	(Celebrex)	2	QL (60 per 30 days)
diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %	(Flector)	4	PA; QL (60 per 30 days)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	(Cataflam)	2	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg	(Diclofenac Sodium)	2	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg	(Diclofenac Sodium)	1	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 50 mg	(Diclofenac Sodium)	1	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 75 mg	(Diclofenac Sodium)	1	QL (60 per 30 days)
diclofenac sodium topical drops 1.5 %	(Diclofenac Sodium)	2	QL (300 per 30 days)
diclofenac sodium topical gel 1 %	(Diclofenac Sodium)	1	QL (1000 per 30 days)
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)	(Pennsaid)	5	PA; NDS; QL (224 per 28 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg	(Arthrotec 50)	2	
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg	(Arthrotec 50)	2	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg	(Etodolac)	2	
etodolac oral tablet 400 mg	(Lodine)	2	
etodolac oral tablet 500 mg	(Lodine)	2	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	(Flurbiprofen)	1	
ibu oral tablet 400 mg	(Ibuprofen)	1	QL (240 per 30 days)
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg	(Ibuprofen)	1	
ibuprofen oral tablet 400 mg	(Ibuprofen)	1	QL (240 per 30 days)
ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg	(Ibuprofen)	1	
indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg	(Indomethacin)	1	
ketorolac oral tablet 10 mg	(Ketorolac Tromethamine)	1	QL (20 per 30 days)
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	(Mobic)	1	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	(Relafen)	1	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg	(Naprosyn)	1	
naproxen oral tablet 500 mg	(Naprosyn)	1	
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	(Ec-Naprosyn)	1	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	(Sulindac)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Analgésicos, Varios			
acetaminophen-codeine 120-12 mg/5 ml cup inner 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml)	(Acetaminophen with Codeine)	1	NDS; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml	(Acetaminophen with Codeine)	1	NDS; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg	(Acetaminophen with Codeine)	1	NDS; QL (360 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	(Acetaminophen with Codeine)	1	NDS; QL (180 per 30 days)
buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour	(Butrans)	2	NDS; QL (4 per 28 days)
butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg	(Fioricet with Codeine)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg	(Esgic)	2	QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg	(Esgic)	2	QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg	(Esgic)	1	QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 10-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (360 per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (240 per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	(Actiq)	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg	(Actiq)	2	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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	(Fentanyl)	2	NDS; QL (10 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml	(Hydrocodone/Acetaminophen)	2	NDS; QL (2700 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	(Hydrocodone/Acetaminophen)	1	NDS; QL (180 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	(Hydrocodone/Acetaminophen)	1	NDS; QL (240 per 30 days)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg	(Dilaudid)	1	NDS; QL (180 per 30 days)
hydromorphone oral tablet 8 mg	(Dilaudid)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg	(Diskets)	1	NDS; QL (120 per 30 days)
methadone oral tablet 5 mg	(Diskets)	1	NDS; QL (180 per 30 days)
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)	(Morphine Sulfate)	1	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
morphine oral solution 10 mg/5 ml	(Morphine Sulfate)	1	NDS; QL (700 per 30 days)
morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	(Morphine Sulfate)	1	NDS; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG		4	NDS; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG		4	NDS; QL (120 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg	(MS Contin)	2	NDS; QL (60 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg	(MS Contin)	2	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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
morphine oral tablet extended release 60 mg	(MS Contin)	2	NDS; QL (60 per 30 days)
oxycodone oral capsule 5 mg	(Oxycodone HCl)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg	(Roxicodone)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg	(Roxicodone)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
oxycodone oral tablet 20 mg	(Roxicodone)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (360 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (240 per 30 days)
tramadol oral tablet 50 mg	(Ultram)	1	NDS; QL (240 per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	(Ultracet)	1	NDS; QL (300 per 30 days)
Anestésicos			
Anestesia Local			
dermacinrx lidocan 5% patch outer	(Lidoderm)	2	PA; QL (90 per 30 days)
glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %	(Lidocaine HCl)	1	QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %	(Lidocaine HCl)	1	QL (30 per 30 days)
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	(Lidoderm)	2	PA; QL (90 per 30 days)
lidocaine topical ointment 5 %	(Lidocaine)	2	PA; 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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %	(Lidocaine HCl)	1	
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %	(Lidocaine/Prilocaine)	1	PA; QL (30 per 30 days)
lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %	(Lidoderm)	2	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %		3	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados			
Antagonistas De Metales Pesados			
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu Sprinkle)	5	PA; NDS
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu)	2	PA
penicillamine oral tablet 250 mg	(Depen)	5	PA; NDS
trientine oral capsule 250 mg	(Syprine)	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	(Cleocin)	2	
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	(Vandazole)	2	
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	(Terconazole)	2	
terconazole vaginal suppository 80 mg	(Terconazole)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antibacterianos			
Aminoglicósidos			
amikacin injection solution 500 mg/2 ml	(Amikacin Sulfate)	2	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML		5	PA; NDS; QL (235.2 per 28 days)
gentamicin injection solution 40 mg/ml	(Gentamicin Sulfate)	2	
gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml	(Gentamicin Sulfate/PF)	2	
gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml	(Gentamicin Sulfate/PF)	1	
neomycin oral tablet 500 mg	(Neomycin Sulfate)	2	
streptomycin intramuscular recon soln 1 gram	(Streptomycin Sulfate)	5	NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG		5	NDS; QL (224 per 28 days)
tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml	(Tobi)	5	PA BvD; NDS
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml	(Tobramycin Sulfate)	2	
Antibacteriales, Misceláneos			
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	(Cleocin HCl)	1	
clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)	(Cleocin Phosphate)	2	
clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml	(Cleocin Phosphate)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg	(Coly-Mycin M Parenteral)	5	NDS
daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg	(Cubicin)	5	NDS
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	(Zyvox)	2	
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	(Zyvox)	5	NDS
linezolid oral tablet 600 mg	(Zyvox)	2	
methenamine hippurate oral tablet 1 gram	(Hiprex)	2	
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	(Metronidazole/Sodium Chloride)	1	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	(Metronidazole)	1	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg	(Macrodantin/Macrobid)	1	QL (120 per 30 days)
nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg	(Macrobid)	1	QL (60 per 30 days)
trimethoprim oral tablet 100 mg	(Trimethoprim)	1	
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg	(Vancomycin HCl)	2	
vancomycin oral capsule 125 mg	(Vancocin HCl)	2	QL (56 per 14 days)
vancomycin oral capsule 250 mg	(Vancocin HCl)	2	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		3	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antibióticos B-Lactam Misceláneos			
aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram	(Azactam)	2	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML		5	PA; LA; NDS
ertapenem injection recon soln 1 gram	(Invanz)	2	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg	(Primaxin)	2	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg	(Primaxin)	2	
meropenem 2 gram vial inner, suv, p/f	(Meropenem)	4	
meropenem intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg	(Meropenem)	2	
Cefalosporinas			
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	(Cefaclor)	2	
cefadroxil oral capsule 500 mg	(Cefadroxil)	1	
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	(Cefadroxil)	2	
cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg	(Cefazolin Sodium)	2	
cefdinir oral capsule 300 mg	(Cefdinir)	1	
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	(Cefdinir)	2	
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	(Cefepime HCl)	2	
cefixime oral capsule 400 mg	(Suprax)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	(Cefoxitin Sodium)	2	
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	(Cefpodoxime Proxetil)	2	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	(Cefprozil)	2	
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram	(Fortaz)	2	
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	(Ceftriaxone Sodium)	2	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	(Cefuroxime Axetil)	1	
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	(Cefuroxime Sodium)	2	
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram	(Cefuroxime Sodium)	2	
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	(Cephalexin)	1	
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	(Cephalexin)	1	
tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram	(Fortaz)	2	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG		5	NDS
Macrólidos			
azithromycin intravenous recon soln 500 mg	(Zithromax)	2	
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	(Zithromax)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg	(Zithromax)	1	
azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	(Zithromax)	1	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	(Clarithromycin)	2	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	(Clarithromycin)	2	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	(fidaxomicin)	5	NDS; QL (20 per 10 days)
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml	(Eryped 200)	2	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml	(Eryped 200)	2	
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	(Ery-Tab)	2	
Penicilinas			
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	(Amoxicillin)	1	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	(Amoxicillin)	1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	(Amoxicillin)	1	
amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg	(Amoxicillin)	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml	(Augmentin)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml	(Augmentin)	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml	(Augmentin)	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg	(Augmentin)	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg	(Augmentin)	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet,chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg	(Amoxicillin/Potassium Clav)	2	
ampicillin oral capsule 500 mg	(Ampicillin Trihydrate)	1	
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg	(Ampicillin Sodium)	2	
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram	(Unasyn)	2	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML		4	
dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg	(Dicloxacillin Sodium)	2	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT		4	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT		4	
nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	(Nafcillin Sodium)	2	
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit	(Penicillin G Potassium)	2	
penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml	(Penicillin G Procaine)	2	
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	(Penicillin V Potassium)	1	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	(Penicillin V Potassium)	1	
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram	(Piperacillin Sodium/Tazobactam)	2	
Quinolonas			
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg	(Cipro)	1	
ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg	(Cipro)	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	(Ciprofloxacin In 5 % Dextrose)	2	
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	(Levofloxacin In Dextrose 5 %)	2	
levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml	(Levofloxacin)	2	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	(Levofloxacin)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, p/f, inner	(Moxifloxacin/Sod.Ace ,Sul/Water)	2	
moxifloxacin oral tablet 400 mg	(Moxifloxacin HCl)	2	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml	(Moxifloxacin/Sod.Ace ,Sul/Water)	2	
Sulfonamidas			
sulfadiazine oral tablet 500 mg	(Sulfadiazine)	2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml	(Sulfamethoxazole/Trimethoprim)	2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg	(Bactrim)	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg	(Bactrim)	1	
Tetraciclinas			
demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg	(Demeclocycline HCl)	2	
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	(Doxycycline Hyclate)	2	
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	(Doxycycline Hyclate)	2	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg	(Morgidox)	2	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	(Morgidox)	2	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 150 mg, 20 mg, 75 mg	(Doryx)	2	
doxycycline hyclate oral tablet 50 mg	(Doryx)	2	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg	(Doxycycline Monohydrate)	1	
doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg	(Doxycycline Monohydrate)	1	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg	(Doxycycline Monohydrate)	1	
doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg	(Doxycycline Monohydrate)	1	QL (60 per 30 days)
doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml	(Doxycycline Monohydrate)	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg	(Avidoxy)	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg	(Avidoxy)	2	
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	(Minocycline HCl)	1	
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg	(Tetracycline HCl)	2	
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	(Tygacil)	5	NDS
Anticonceptivos			
Anticonceptivos			
afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ortho-Novum)	1	
alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	(Ortho-Novum)	1	
amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(Loestrin)	1	
aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(Loestrin)	1	
aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	1	
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Mircette)	2	
blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	1	
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
camila oral tablet 0.35 mg	(Ortho Micronor)	1	
chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ortho-Novum)	2	
cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	(Ortho-Novum)	1	
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ortho-Novum)	1	
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	(Ortho-Novum)	1	
deblitane oral tablet 0.35 mg	(Ortho Micronor)	1	
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Mircette)	2	
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)
emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
emzahh oral tablet 0.35 mg	(Ortho Micronor)	1	
enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
errin oral tablet 0.35 mg	(Ortho Micronor)	1	
estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	1	
hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)
heather oral tablet 0.35 mg	(Ortho Micronor)	1	
iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	QL (91 per 84 days)
incassia oral tablet 0.35 mg	(Ortho Micronor)	1	
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	QL (91 per 84 days)
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
jencycla oral tablet 0.35 mg	(Ortho Micronor)	1	
jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	QL (91 per 84 days)
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(Loestrin)	2	
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(Loestrin)	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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	1	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Mircette)	2	
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		4	
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(Loestrin)	2	
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(Loestrin)	2	
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	1	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)	(Balcoltra)	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	QL (91 per 84 days)
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG		3	
lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
lyleq oral tablet 0.35 mg	(Ortho Micronor)	1	
lyza oral tablet 0.35 mg	(Ortho Micronor)	1	
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
meleya oral tablet 0.35 mg	(Ortho Micronor)	1	
microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(Loestrin)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(Loestrin)	2	
microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	1	
microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
mili oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG		4	
mono-linyah oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG		3	
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(Norelgestromin/Ethin. Estradiol)	2	QL (3 per 28 days)
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	(Ortho Micronor)	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Loestrin Fe)	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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
norlyda oral tablet 0.35 mg	(Ortho Micronor)	1	
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)	(Ortho-Novum)	1	
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ortho-Novum)	1	
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	(Ortho-Novum)	1	
nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ortho-Novum)	1	
nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	(Ortho-Novum)	1	
nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
orquidea oral tablet 0.35 mg	(Ortho Micronor)	2	
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Mircette)	2	
pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg	(Ortho-Novum)	1	
pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ortho-Novum)	1	
portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	QL (91 per 84 days)
sharobel oral tablet 0.35 mg	(Ortho Micronor)	1	
simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Mircette)	2	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG		4	
sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	1	
tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Loestrin Fe)	1	
tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Loestrin Fe)	1	
tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
valtya oral tablet 1-50 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin. Estradiol)	1	
viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Mircette)	2	
volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Mircette)	2	
vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Loestrin Fe)	1	
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(Norelgestromin/Ethin. Estradiol)	2	QL (3 per 28 days)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(Norelgestromin/Ethin. Estradiol)	2	QL (3 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	1	
Anticonvulsivos			
Anticonvulsivos			
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)
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Carbatrol)	2	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml	(Tegretol)	2	
carbamazepine oral tablet 200 mg	(Tegretol)	2	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	(Tegretol XR)	2	
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg, 200 mg	(Carbamazepine)	2	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	(Onfi)	2	QL (480 per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	(Onfi)	2	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG		5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG		5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)

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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg	(Diastat)	4	
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg	(Depakote Sprinkle)	2	
divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg	(Depakote ER)	2	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	(Depakote)	2	
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG		5	ST; NDS; QL (90 per 30 days)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG		5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA NSO; NDS
epitol oral tablet 200 mg	(Tegretol)	2	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	(topiramate)	4	ST
eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg	(Eslicarbazepine Acetate)	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg	(Eslicarbazepine Acetate)	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
ethosuximide oral capsule 250 mg	(Zarontin)	2	
ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml	(Zarontin)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
felbamate oral suspension 600 mg/5 ml	(Felbatol)	2	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	(Felbatol)	2	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		5	PA NSO; NDS
fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml	(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	(perampanel)	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	(perampanel)	4	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	(perampanel)	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg	(Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
gabapentin oral capsule 400 mg	(Neurontin)	1	QL (270 per 30 days)
gabapentin oral solution 250 mg/5 ml	(Neurontin)	2	QL (2160 per 30 days)
gabapentin oral tablet 600 mg	(Neurontin)	1	QL (180 per 30 days)
gabapentin oral tablet 800 mg	(Neurontin)	1	QL (120 per 30 days)
lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml	(Vimpat)	2	QL (200 per 5 days)
lacosamide oral solution 10 mg/ml	(Vimpat)	2	QL (1200 per 30 days)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	(Vimpat)	2	QL (60 per 30 days)
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(Lamictal)	1	
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg	(Lamictal)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Lamictal Odt)	2	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml	(Keppra)	2	
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	(Keppra)	2	
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	(Keppra)	2	
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	(Keppra XR)	2	
levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg	(Levetiracetam)	2	ST
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG		4	QL (10 per 30 days)
methsuximide oral capsule 300 mg	(Celontin)	2	
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		4	QL (10 per 30 days)
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	(Trileptal)	2	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	(Trileptal)	2	
perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg	(Fycompa)	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
perampanel oral tablet 2 mg	(Fycompa)	2	ST; QL (30 per 30 days)
perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg	(Fycompa)	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	(Phenobarbital)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	(Phenobarbital)	2	
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	(phenytoin sodium extended)	4	
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	(Dilantin-125)	1	
phenytoin oral tablet,chewable 50 mg	(Dilantin)	1	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	(Phenytek)	2	
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg	(Phenytek)	2	
phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml	(Phenytoin Sodium)	1	
phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml	(Phenytoin Sodium)	1	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Lyrica)	2	QL (90 per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	(Lyrica)	2	QL (60 per 30 days)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	(Lyrica)	2	QL (900 per 30 days)
primidone oral tablet 125 mg	(Mysoline)	2	
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	(Mysoline)	1	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	(Banzel)	5	ST; NDS
rufinamide oral tablet 200 mg	(Banzel)	2	ST
rufinamide oral tablet 400 mg	(Banzel)	5	ST; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG		5	PA BvD; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 500 MG, 750 MG		4	ST
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG	(levetiracetam)	4	ST
subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(Lamictal)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	(Gabitril)	2	
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	(Topamax)	2	
topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg	(Topamax)	2	
topiramate oral solution 25 mg/ml	(Eprontia)	2	ST
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Topamax)	1	
valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)	(Valproic Acid (As Sodium Salt))	2	
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml	(Valproic Acid (As Sodium Salt))	2	
valproic acid oral capsule 250 mg	(Valproic Acid)	2	
VALTOCO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		5	NDS; QL (10 per 30 days)
vigabatrin oral powder in packet 500 mg	(Sabril)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
vigabatrin oral tablet 500 mg	(Vigabatrin)	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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
vigadrone oral powder in packet 500 mg	(Sabril)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrone oral tablet 500 mg	(Vigabatrin)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
vigpoder oral powder in packet 500 mg	(Sabril)	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)		3	QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		3	QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		3	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)		3	
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML		4	
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg	(Zonegran)	1	
zonisamide oral capsule 50 mg	(Zonegran)	1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	PA NSO; NDS; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos			
Antidepresivos			
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Amitriptyline HCl)	1	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	(Amoxapine)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG		5	ST; NDS
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	(Bupropion HCl)	1	
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg	(Forfivo XL)	1	
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	(Wellbutrin SR)	1	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml	(Citalopram Hydrobromide)	2	
citalopram oral tablet 10 mg	(Celexa)	1	QL (120 per 30 days)
citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg	(Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Anafranil)	2	
desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg	(Norpramin)	2	
desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg	(Norpramin)	2	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Pristiq)	2	QL (30 per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Doxepin HCl)	2	
doxepin oral concentrate 10 mg/ml	(Doxepin HCl)	1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG		4	ST; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG		4	ST; QL (30 per 30 days)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg	(Cymbalta)	1	QL (60 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)
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml	(Escitalopram Oxalate)	2	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Lexapro)	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)		4	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		4	ST; QL (30 per 30 days)
fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg	(Prozac)	1	
fluoxetine oral capsule 40 mg	(Prozac)	1	
fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	(Fluoxetine HCl)	2	
fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Fluvoxamine Maleate)	2	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	(Imipramine HCl)	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		4	
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg	(Remeron)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg	(Remeron)	1	
mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg	(Remeron)	2	
nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	(Nefazodone HCl)	2	
nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Pamelor)	1	
nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml	(Nortriptyline HCl)	2	
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml	(Paxil)	2	
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(Paxil)	1	
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	(Paxil CR)	2	
perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg	(Perphenazine/Amitriptyline HCl)	2	
phenelzine oral tablet 15 mg	(Nardil)	2	
protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg	(Protriptyline HCl)	2	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML		4	PA NSO; QL (1200 per 30 days)
sertraline oral concentrate 20 mg/ml	(Zoloft)	2	
sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Zoloft)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SPRAVATO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)		5	PA NSO; NDS
tranylcypromine oral tablet 10 mg	(Parnate)	2	
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg	(Trazodone HCl)	1	
trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Trimipramine Maleate)	2	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		3	QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg	(Effexor XR)	1	QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg	(Effexor XR)	1	QL (90 per 30 days)
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	(Venlafaxine HCl)	1	
vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Viibryd)	2	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG		5	PA NSO; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG		5	PA NSO; NDS; QL (14 per 14 days)
Antifúngicos			
Antifúngicos			
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		4	PA BvD
amphotericin b injection recon soln 50 mg	(Amphotericin B)	2	PA BvD
amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg	(Ambisome)	5	PA BvD; NDS
ciclopirox topical cream 0.77 %	(Loprox)	1	QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ciclopirox topical solution 8 %	(Ciclodan)	1	QL (19.8 per 30 days)
ciclopirox topical suspension 0.77 %	(Loprox)	2	QL (180 per 30 days)
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg	(Clotrimazole)	2	
clotrimazole topical cream 1 %	(Clotrimazole)	1	
clotrimazole topical solution 1 %	(Clotrimazole)	2	
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %	(Clotrimazole/Betamethasone Dip)	1	QL (90 per 30 days)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG		5	PA; NDS
econazole nitrate topical cream 1 %	(Econazole Nitrate)	2	QL (170 per 30 days)
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	(Fluconazole In Nacl,Iso-Osm)	2	
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml	(Diflucan)	2	
fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml	(Diflucan)	2	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	(Diflucan)	1	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	(Ancobon)	5	NDS
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml	(Griseofulvin, Microsize)	2	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg	(Griseofulvin, Microsize)	2	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg	(Griseofulvin Ultramicrosize)	2	
itraconazole oral capsule 100 mg	(Sporanox)	2	
ketoconazole oral tablet 200 mg	(Ketoconazole)	1	
ketoconazole topical cream 2 %	(Ketoconazole)	2	QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ketoconazole topical shampoo 2 %	(Ketoconazole)	1	QL (360 per 30 days)
micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	(Mycamine)	2	
miconazole-3 vaginal suppository 200 mg	(Miconazole Nitrate)	2	
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	(Nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml	(Nystatin)	2	
nystatin oral tablet 500,000 unit	(Nystatin)	2	
nystatin topical cream 100,000 unit/gram	(Nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram	(Nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	(Nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%	(Nystatin/Triamcinolone Acet)	2	
nystop topical powder 100,000 unit/gram	(Nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg	(Noxafil)	5	PA; NDS
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	(Terbinafine HCl)	1	
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	(Vfend IV)	5	PA BvD; NDS
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	(Vfend)	5	PA; NDS
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg	(Vfend)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antihistamínicos			
Antihistamínicos			
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	(Hydroxyzine HCl)	1	
levocetirizine oral tablet 5 mg	(Levocetirizine Dihydrochloride)	1	
Antimicobacteriales			
Antimicobacteriales			
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	(Dapsone)	2	
ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg	(Myambutol)	2	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	(Isoniazid)	1	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		4	
pyrazinamide oral tablet 500 mg	(Pyrazinamide)	2	
rifabutin oral capsule 150 mg	(Mycobutin)	2	
rifampin intravenous recon soln 600 mg	(Rifadin)	2	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	(Rifampin)	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		5	PA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG		4	
Antivirales (Sitémico)			
Antirretrovirales			
abacavir oral solution 20 mg/ml	(Ziagen)	2	
abacavir oral tablet 300 mg	(Ziagen)	2	
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg	(Epzicom)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML)	(cabotegravir)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	NDS
atazanavir oral capsule 150 mg	(Reyataz)	2	
atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg	(Reyataz)	2	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG		5	NDS; QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML		5	NDS
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)	(Cabotegravir)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)	(Cabotegravir)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	NDS
darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg	(Prezista)	5	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG		5	NDS
didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg	(Didanosine)	2	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		5	NDS
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG		5	NDS
efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg	(Efavirenz)	2	
efavirenz oral tablet 600 mg	(Sustiva)	2	
efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg	(Atripla)	5	NDS
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg	(Symfi)	5	NDS
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg	(Symfi)	5	NDS
emtricitabine oral capsule 200 mg	(Emtriva)	2	
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg	(Truvada)	5	NDS
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg	(Truvada)	2	
emtricita-rilpivirine-tenof df oral tablet 200-25-300 mg	(Emtricita/Rilpivirine/Tenof Df)	5	NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		4	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)		4	
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	(Intelence)	5	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	NDS
fosamprenavir oral tablet 700 mg	(Lexiva)	5	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG		5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG		5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG		3	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		5	NDS
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML	(lopinavir-ritonavir)	4	QL (480 per 30 days)
lamivudine oral solution 10 mg/ml	(Epivir)	2	
lamivudine oral tablet 100 mg	(Epivir)	2	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	(Epivir)	2	
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	(Combivir)	2	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		4	
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml	(Kaletra)	2	QL (480 per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg	(Kaletra)	2	QL (300 per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg	(Kaletra)	2	QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg	(Selzentry)	5	NDS
nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml	(Nevirapine)	2	QL (1200 per 30 days)
nevirapine oral tablet 200 mg	(Nevirapine)	2	QL (60 per 30 days)
nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg	(Viramune XR)	2	QL (90 per 30 days)
nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg	(Viramune XR)	2	QL (30 per 30 days)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG		4	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML		4	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	NDS
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, 75 MG		5	NDS
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		4	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG		5	NDS
rilpivirine intramuscular suspension,extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)	(Rilpivirine)	5	NDS
ritonavir oral tablet 100 mg	(Norvir)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg (Stavudine)	2	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-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
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg (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	5	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	4	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG		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
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG		4	
zidovudine oral capsule 100 mg	(Retrovir)	2	
zidovudine oral syrup 10 mg/ml	(Retrovir)	2	
zidovudine oral tablet 300 mg	(Zidovudine)	2	
Antivirales Hcv			
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	(ledipasvir-sofosbuvir)	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios			
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG		5	PA; NDS
oseltamivir oral capsule 30 mg	(Tamiflu)	2	QL (84 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg	(Tamiflu)	2	QL (48 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 75 mg	(Tamiflu)	2	QL (42 per 180 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml	(Tamiflu)	2	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)		2	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)		2	QL (11 per 28 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG		2	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION		4	QL (60 per 180 days)
Interferones			
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)		5	NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML		5	PA; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos			
acyclovir oral capsule 200 mg	(Acyclovir)	1	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml	(Zovirax)	2	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	(Acyclovir)	1	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	(Acyclovir Sodium)	2	PA BvD
adefovir oral tablet 10 mg	(Hepsera)	2	
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Baraclude)	2	
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	(Famciclovir)	2	
ribavirin oral tablet 200 mg	(Ribavirin)	2	
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg	(Valtrex)	2	
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml	(Valcyte)	5	NDS
valganciclovir oral tablet 450 mg	(Valcyte)	2	
Cofactores Enzimáticos/Otros			
Cofactores Enzimáticos/Otros			
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG		5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
Dispositivos			
Dispositivos			
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

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

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

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INS SYR UF 0.3 ML 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INS SYR UF 0.5 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"		1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"		1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML	(insulin syringe needleless)	1	PA; ST
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY) 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "		1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "		1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"		1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G 8MM 1/2 ML 29 X5/16 "	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16		1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 29	(Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE		1	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
GNP CLICKFINE 31G X 1/4" NDL 6MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
GNP CLICKFINE 31G X 5/16" NDL 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
GNP ULT CMFRT 0.5 ML 29GX1/2" 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE		1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GS PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
GS PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST

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

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"	(Droplet Insulin Syr(half unit))	1	PA; ST
INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Droplet Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE		1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(BD SafetyGlide Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 12.7MM (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(BD Eclipse Luer-Lok)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Droplet Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS SYRINGE 1 ML	(Easy Touch Luer Lock Insulin)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	(Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(Monoject Syringe)	1	PA; ST
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (RX) 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES	(alcohol swabs)	1	PA; ST
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "		1	PA; ST
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE		1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

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

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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

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

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

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MS INSULIN SYR 1 ML 31GX5/16" (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NOVOFINE 30 NEEDLE		1	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		1	PA; ST
NOVOTWIST NEEDLE 32 GAUGE X 1/5"		1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"	(Embrace Pen Needle)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	(CareFine Pen Needle)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI 31 GAUGE X 1/4"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEN NEEDLE 6MM 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	(1st Tier Unifine Pentips Plus)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PREFPLS INS SYR 1 ML 30GX5/16" (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"		1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort Touch Pen Needle)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"		1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"		1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort EZ PRO Safety Pen Ndl)	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

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

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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	PA; ST
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

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

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

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

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

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

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

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NDL 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
V-GO 30 DEVICE		3	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 DEVICE		3	QL (30 per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	(alcohol swabs)	1	PA; ST
Preparaciones De Reemplazo			
Preparaciones De Reemplazo			
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution	(Dextrose 5 % and 0.9 % NaCl)	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	(Dextrose 5 % and 0.9 % NaCl)	1	
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	(Dextrose 5 %-0.45 % Sod Chlord)	2	
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq	(Potassium Chloride)	1	
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq	(Potassium Chloride)	1	
klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq	(Potassium Chloride)	1	
magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)	(Magnesium Sulfate)	4	
magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)	(Magnesium Sulfate)	2	
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml	(Potassium Chloride)	2	PA BvD
potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq	(Potassium Chloride)	1	
potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml	(Potassium Chloride)	2	
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq	(K-Tab ER)	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: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
potassium chloride oral tablet extended release 15 meq	(K-Tab ER)	2	
potassium chloride oral tablet extended release 20 meq	(K-Tab ER)	1	
potassium chloride oral tablet extended release 8 meq	(K-Tab ER)	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq	(Potassium Chloride)	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq	(Potassium Chloride)	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq	(Potassium Chloride)	1	
potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)	(Urocit-K)	2	
potassium citrate oral tablet extended release 15 meq	(Urocit-K)	2	
potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)	(Urocit-K)	2	
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %	(Sodium Chloride 0.45 %)	2	
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution	(0.9 % Sodium Chloride)	2	
sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use	(0.9 % Sodium Chloride)	2	
Productos Sanguíneos/Modificadores/ Expansores De Volumen			
Agentes Hematológicos, Varios			
anagrelide oral capsule 0.5 mg	(Agrylin)	2	
anagrelide oral capsule 1 mg	(Agrylin)	2	

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	(Warfarin Sodium)	1	
rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml	(Rivaroxaban)	5	NDS; QL (600 per 30 days)
rivaroxaban oral tablet 2.5 mg	(Xarelto)	2	QL (60 per 30 days)
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	(Warfarin Sodium)	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)		3	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	(rivaroxaban)	3	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG		3	QL (60 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	(rivaroxaban)	3	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas			
aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg	(Aspirin/Dipyridamole)	2	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	(ticagrelor)	3	
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	(Cilostazol)	1	
clopidogrel oral tablet 75 mg	(Plavix)	1	
dipyridamole oral tablet 50 mg, 75 mg	(Dipyridamole)	2	
pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg	(Pentoxifylline)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Effient)	2	QL (30 per 30 days)
ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg	(Ticagrelor)	2	
Modificadores De Formación De Sangre			
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG		5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg	(Eltrombopag Olamine)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg	(Eltrombopag Olamine)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg	(Eltrombopag Olamine)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 25 mg	(Eltrombopag Olamine)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg	(Eltrombopag Olamine)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
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)
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 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)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 per 28 days)
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
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	
javygtor oral tablet,soluble 100 mg (Kuvan)	5	PA; NDS
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg (Nitisinone)	5	PA; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NDS
sapropterin oral tablet,soluble 100 mg (Kuvan)	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

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
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000-84,000 UNIT, 25,000-79,000-105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000-168,000 UNIT, 5,000-17,000-24,000 UNIT, 60,000-189,600-252,600 UNIT		3	
Relajantes Musculares Esqueléticos			
Relajantes Musculares Esqueléticos			
baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	(Baclofen)	2	
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	(Fexmid)	1	
dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg	(Dantrium)	2	
dantrolene oral capsule 25 mg	(Dantrium)	2	
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	(Methocarbamol)	1	
tizanidine oral tablet 2 mg	(Zanaflex)	1	
tizanidine oral tablet 4 mg	(Zanaflex)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Vitaminas Y Minerales			
Vitaminas Y Minerales			
bal-care dha combo pack 27-1-430 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
folivane-ob capsule 85-1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
mynatal oral tablet 90-1-50 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
newgen tablet 32-1,000 mg-mcg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
o-cal prenatal oral tablet 15 mg iron- 1,000 mcg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pnv 29-1 oral tablet 29 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pnv-omega softgel 28-1-300 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenatabs fa tablet 29-1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenatal low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenatal-u capsule 106.5-1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
preplus oral tablet 27 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pretab oral tablet 29-1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
taron-c dha capsule 35-1-200 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
triveen-duo dha oral combo pack 29-1-400 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
virt-pn plus oral capsule 28-1-300 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
vitafol gummies 3.33 mg iron-0.33 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
vitafol nano oral tablet 18 mg iron-1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
vp-pnv-dha oral capsule 28 mg iron- 1 mg-200 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
zingiber tablet 1.2 mg-40 mg-124.1 mg-100 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 09/01/2025 Identificación del Formulario: 25197.000

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 161, 162
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 162
abacavir 153
abacavir-lamivudine 153
ABELCET 150
abigale 86
abigale lo 86
ABILIFY ASIMTUFII 39
ABILIFY MAINTENA 39, 40
abiraterone 2
abirtega 2
ABOUTTIME PEN NEEDLE 162
ABRYSVO (PF) 100
acamprosate 23
acarbose 26
acebutolol 50
acetaminophen-codeine 118
acetazolamide 107
acetazolamide sodium 107
acetic acid 108
acetylcysteine 69
acitretin 78
ACTEMRA 91, 92
ACTEMRA ACTPEN 91
ACTHAR 88
ACTHAR SELFJECT 88
ACTHIB (PF) 100
ACTIMMUNE 113
acyclovir 78, 161
acyclovir sodium 161
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 100
adapalene 80
adefovir 161
ADEMPAS 115
adrucil 2
ADVAIR HFA 71
ADVOCATE PEN NEEDLE 163
ADVOCATE SYRINGES 162, 163
afirmelle 130
AIMOVIG AUTOINJECTOR 33
AIRSUPRA 71, 72
AJOVY AUTOINJECTOR 33
AJOVY SYRINGE 34
AKEEGA 2
ala-cort 75
albendazole 36
albuterol sulfate 72, 73
ALCOHOL PADS 163
ALCOHOL PREP PADS 187
ALCOHOL PREP SWABS 163
ALCOHOL SWABS 163
ALCOHOL WIPES 163
ALECENSA 2
alendronate 62
alfuzosin 84
aliskiren 60
allopurinol 33
alosetron 61
alprazolam 24
ALREX 111
altavera (28) 130
ALTRENO 80
ALUNBRIG 2
ALVAIZ 220
alyacen 1/35 (28) 130
alyacen 7/7/7 (28) 130
ALYFTREK 69
alyq 115
amantadine hcl 38
amethyst (28) 130
amikacin 122
amiloride 58
amiloride-hydrochlorothiazide 58
amiodarone 49
amitriptyline 146
amlodipine 54
amlodipine-atorvastatin 55
amlodipine-benazepril 54
amlodipine-olmesartan 55
amlodipine-valsartan 55
amlodipine-valsartan-hcthiazid 55
ammonium lactate 78
amoxapine 146
amoxicil-clarithromy-lansopraz 80
amoxicillin 126
amoxicillin-pot clavulanate 126, 127
amphotericin b 150
amphotericin b liposome 150
ampicillin 127
ampicillin sodium 127
ampicillin-sulbactam 127
anagrelide 217
anastrozole 2
ANKTIVA 2
ANORO ELLIPTA 73
aprepitant 35
APRETUDE 154
apri 130
APTIVUS 154
AQINJECT PEN NEEDLE 163
ARCALYST 92
AREXVY (PF) 100
ARIKAYCE 122
aripiprazole 40
ARISTADA 40
ARISTADA INITIO 40

armodafinil 63
ARNUITY ELLIPTA 71
asenapine maleate 40
aspirin-dipyridamole 219
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL 163
ASSURE ID DUO-SHIELD 163, 164
ASSURE ID INSULIN SAFETY 164
ASSURE ID PEN NEEDLE 164
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 164
ASTAGRAF XL 92
atazanavir 154
atenolol 50
atenolol-chlorthalidone 50
atomoxetine 64
atorvastatin 55
atovaquone 36
atovaquone-proguanil 36
atropine 113
ATROVENT HFA 73
aubra eq 130
AUGTYRO 2
aurovela 1.5/30 (21) 131
aurovela 1/20 (21) 131
aurovela 24 fe 131
aurovela fe 1.5/30 (28) 131
aurovela fe 1-20 (28) 131
AUSTEDO 64
AUSTEDO XR 64, 65
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 65
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 164
AUVELITY 147
aviane 131
AVMAPKI 2
AVMAPKI-FAKZYNJA 2
AVONEX 65
AXTLE 3
ayuna 131
AYVAKIT 3
azacitidine 3
azathioprine 92
azathioprine sodium 92
azelastine 113
azithromycin 125, 126
aztreonam 124
azurette (28) 131
bacitracin 108
bacitracin-polymyxin b 109
baclofen 222
bal-care dha 223
bal-care dha essential 223
balsalazide 61
BALVERSA 3
BAQSIMI 114
BCG VACCINE, LIVE (PF) 100
BD ALCOHOL SWABS 166
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 164
BD ECLIPSE LUER-LOK 164
BD INSULIN SYRINGE 165
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 164
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 165
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 165
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 165
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 165, 166
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 166
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 166
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 166
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 166
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 166
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 166
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 166
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 166, 167
BELSOMRA 63
benazepril 59
benazepril-hydrochlorothiazide 59
bendamustine 3
BENDAMUSTINE 3
BENDEKA 3
BENLYSTA 92
benztropine 38
BESREMI 92
betaine 114
betamethasone dipropionate 75
betamethasone valerate 75
betamethasone, augmented 75
BETASERON 65
betaxolol 107
bethanechol chloride 84
bexarotene 3
BEXSERO 100
bicalutamide 3
BICILLIN L-A 127
BIKTARVY 154
bimatoprost 107
bisoprolol fumarate 50
bisoprolol-hydrochlorothiazide 50
BIZENGRI 3
bleomycin 3

blisovi 24 fe 131
blisovi fe 1.5/30 (28) 131
blisovi fe 1/20 (28) 131
BOOSTRIX TDAP 100
BORDERED GAUZE 167
bortezomib 3
BORUZU 4
bosentan 115
BOSULIF 4
BRAFTOVI 4
BREO ELLIPTA 71
breyna 71
BREZTRI AEROSPHERE 73
BRILINTA 219
brimonidine 107
brimonidine-timolol 107
brinzolamide 107
BRIVIACT 140
bromfenac 111
bromocriptine 38
BRONCHITOL 69
BRUKINSA 4
budesonide 61, 71
budesonide-formoterol 71
bumetanide 58
buprenorphine 118
buprenorphine hcl 23
buprenorphine-naloxone 23
bupropion hcl 147
bupropion hcl (smoking deter) 23
buspirone 114
butalbital-acetaminop-caf-cod 118
butalbital-acetaminophen-caff 118
CABENUVA 154
cabergoline 38
CABOMETYX 4
cabotegravir 154
calcipotriene 78
calcitonin (salmon) 62
calcitriol 62
calcium acetate(phosphat bind) 83
CALQUENCE 4
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 4
camila 131
CAMZYOS 52
candesartan 53
candesartan-hydrochlorothiazid 53
CAPLYTA 40
CAPRELSA 4
captopril 59
carbamazepine 140
carbidopa-levodopa 38
CAREFINE PEN NEEDLE .. 167
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 167
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 168
CARETOUCH PEN NEEDLE 167
carglumic acid 81
carteolol 107
cartia xt 51
carvedilol 50
CAYSTON 124
cefaclor 124
cefadroxil 124
cefazolin 124
cefdinir 124
cefepime 124
cefixime 124
cefoxitin 125
cefpodoxime 125
cefprozil 125
ceftazidime 125
ceftriaxone 125
cefuroxime axetil 125
cefuroxime sodium 125
celecoxib 116
cephalexin 125
cevimeline 74
chateal eq (28) 131
chlordiazepoxide hcl 24
chlorhexidine gluconate 74
chloroquine phosphate 36
chlorpromazine 40, 41
chlorthalidone 58
cholestyramine (with sugar) .. 55
cholestyramine light 55
ciclopirox 150, 151
cilostazol 219
CIMDUO 154
cimetidine hcl 80
CIMZIA 92
CIMZIA POWDER FOR RECONST 92
cinacalcet 62
CINQAIR 69
ciprofloxacin hcl 109, 128
ciprofloxacin in 5 % dextrose 128
ciprofloxacin-dexamethasone 109
citalopram 147
clarithromycin 126
CLENPIQ 83
CLICKFINE PEN NEEDLE 168, 182
clindamycin hcl 122
clindamycin phosphate 79, 121, 122
clindamycin-benzoyl peroxide 79
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 48

CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)..... 48
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)..... 48
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE.....48
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE.....48
clobazam.....140
clobetasol.....75, 76
clobetasol-emollient.....76
clomipramine.....147
clonazepam.....24
clonidine.....48, 49
clonidine hcl.....48
clopidogrel.....219
clorazepate dipotassium.....24
clotrimazole..... 151
clotrimazole-betamethasone.....151
clozapine.....41
c-nate dha..... 223
COARTEM..... 37
COBENFY.....41
COBENFY STARTER PACK 41
colchicine.....33
colesevelam..... 55, 56
colestipol..... 56
colistin (colistimethate na)...123
COMBIVENT RESPIMAT.....73
COMETRIQ.....4
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE..... 168, 169, 170
COMFORT EZ PEN NEEDLES.....169, 170
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL.....170
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE.....171
completenate.....223
compro..... 35
constulose..... 81
COPIKTRA.....5
CORLANOR.....52
CORTROPHIN GEL.....89
COSENTYX.....92, 114
COSENTYX (2 SYRINGES)..92
COSENTYX PEN (2 PENS)..92
COSENTYX UNOREADY PEN.....93
COTELLIC.....5
CREON..... 221
CRESEMBA..... 151
cromolyn.....69, 81, 113
cryselle (28).....131
CURAD GAUZE PAD.....171
CURITY ALCOHOL SWABS 171
CURITY GAUZE.....171, 172
cyclafem 1/35 (28).....131
cyclafem 7/7/7 (28).....131
cyclobenzaprine..... 222
cyclophosphamide.....5
cyclosporine..... 93, 111
cyclosporine modified.....93
CYLTEZO(CF).....93
CYLTEZO(CF) PEN..... 93
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS..... 93
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV.....93
cyred eq.....131
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr.....216
d5 % and 0.9 % sodium chloride.....216
d5 %-0.45 % sodium chloride.....216
dabigatran etexilate.....218
dalfampridine.....65
danazol.....85
dantrolene..... 222
DANYELZA..... 5
DANZITEN..... 5
dapsone.....153
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)..... 101
daptomycin..... 123
darunavir..... 154
dasatinib.....5
dasetta 1/35 (28)..... 132
dasetta 7/7/7 (28)..... 132
DATROWAY.....5
DAURISMO.....5
deblitane.....132
decitabine.....5
deferasirox.....121
DELSTRIGO.....154
demeclocycline.....129
DENGVAXIA (PF)..... 101
denta 5000 plus.....74
dentagel.....74
DEPO-SUBQ PROVERA 104..... 91
DERMACEA..... 172
DERMACEA NON-WOVEN 172
dermacinrx lidocan..... 120
DESCOVY.....154
desipramine.....147
desmopressin.....89
desog-e.estradiol/e.estradiol.....132
*desogestrel-ethinyl estradiol*132
desvenlafaxine succinate.... 147
dexamethasone.....87
dexamethasone sodium phosphate.....87, 111
dextroamphetamine-amphetamine.....65
dextrose 5 % in water (d5w)..48

DIACOMIT 140, 141
diazepam 24, 25, 141
diazepam intensol 25
diazoxide 114
diclofenac epolamine 116
diclofenac potassium 116
diclofenac sodium 111, 116
diclofenac-misoprostol 117
dicloxacillin 127
dicyclomine 81
didanosine 154
DIFICID 126
difluprednate 111
digoxin 52
dihydroergotamine 34
diltiazem hcl 51
dilt-xr 51
dimethyl fumarate 65, 66
diphenoxylate-atropine 81
dipyridamole 219
disulfiram 23
divalproex 141
dofetilide 49
dolishale 132
donepezil 26
dorzolamide 107
dorzolamide-timolol 107
DOVATO 154
doxazosin 49
doxepin 147
doxorubicin, peg-liposomal 5
doxy-100 129
doxycycline hyclate 129
doxycycline monohydrate 129, 130
DRIZALMA SPRINKLE 147, 148
dronabinol 35
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 172, 173
DROPLET INSULIN SYRINGE 172, 173, 174
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 174
DROPLET PEN NEEDLE 174, 175
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS 175
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 175, 176
DROPSAFE PEN NEEDLE 176
droxidopa 49
DUAVEE 86
duloxetine 148
DUPIXENT PEN 93
DUPIXENT SYRINGE 94
dutasteride 84
EASY COMFORT ALCOHOL PAD 177
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 176, 177, 178
EASY COMFORT PEN NEEDLES 177, 178
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 176
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 178
EASY GLIDE PEN NEEDLE 178
EASY TOUCH 180
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS 179
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 179, 180
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 179
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 178, 179
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 178, 179, 181
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 180
EASY TOUCH PEN NEEDLE 180
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 180, 181
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 179, 180
EASY TOUCH UNI-SLIP 181
econazole nitrate 151
EDURANT 155
EDURANT PED 155
efavirenz 155
efavirenz-emtricitabin-tenofov 155
efavirenz-lamivu-tenofov disop 155
ELAHERE 6
ELEPSIA XR 141
ELIGARD 6
ELIGARD (3 MONTH) 6
ELIGARD (4 MONTH) 6
ELIGARD (6 MONTH) 6
elinest 132
ELIQUIS 218
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 218
ELREXFIO 6
eltrombopag olamine 220
eluryng 132
EMBRACE PEN NEEDLE 181
EMCYT 6
EMGALITY PEN 34
EMGALITY SYRINGE 34
emoquette 132
EMRELIS 6
EMSAM 148
emtricitabine 155
emtricitabine-tenofovir (tdf) 155

emtricita-rilpivirine-tenof df.. 155
EMTRIVA..... 155
emzahh.....132
enalapril maleate.....59
enalapril-hydrochlorothiazide 59
ENBREL.....94
ENBREL MINI..... 94
ENBREL SURECLICK..... 94
endocet.....118
ENGERIX-B (PF).....101
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)..... 101
enilloring..... 132
enoxaparin.....218
enpresse.....132
enskyce..... 132
entacapone.....38
entecavir.....161
ENTRESTO.....53
ENTRESTO SPRINKLE.....53
enulose.....81
EPCLUSA.....159
EPIDIOLEX..... 141
epinastine.....113
epinephrine.....52, 53
epitol.....141
EPIVIR HBV..... 155
EPKINLY..... 6
eplerenone..... 60
EPRONTIA..... 141
ERBITUX.....6
ergoloid.....26
ERIVEDGE.....6
ERLEADA.....6
erlotinib.....7
errin..... 132
ertapenem..... 124
erythromycin.....109, 126
erythromycin ethylsuccinate 126
erythromycin with ethanol.....79
ERZOFRI.....41
escitalopram oxalate..... 148
eslicarbazepine..... 141
esomeprazole magnesium.... 80
estarylla.....132
estradiol.....86
estradiol-norethindrone acet 86, 87
eszopiclone..... 63
ethambutol.....153
ethosuximide..... 141
*ethynodiol diac-eth estradiol*132
etodolac.....117
etonogestrel-ethinyl estradiol 132
ETOPOPHOS.....7
etoposide.....7
etravirine.....155
EUCRISA..... 76
EULEXIN.....7
everolimus (antineoplastic).....7
everolimus (immunosuppressive).....94
EVOTAZ..... 155
exemestane.....7
EXTENCILLINE.....127
EYSUVIS.....111
ezetimibe.....56
ezetimibe-simvastatin.....56
FAKZYNJA.....7
falmina (28)..... 133
famciclovir..... 161
famotidine.....80
FANAPT..... 41
FANAPT TITRATION PACK A.....42
FANAPT TITRATION PACK B.....42
FANAPT TITRATION PACK C.....42
FARXIGA.....27
FASENRA..... 69
FASENRA PEN.....69
febuxostat.....33
feirza.....133
felbamate.....142
felodipine.....55
femynor..... 133
fenofibrate..... 56
fenofibrate micronized.....56
fenofibrate nanocrystallized...56
fentanyl.....119
fentanyl citrate..... 118
fesoterodine.....84
FETZIMA..... 148
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN..... 29
FIASP PENFILL U-100 INSULIN..... 30
FIASP U-100 INSULIN.....30
finasteride.....84
fingolimod.....66
FINTEPLA..... 142
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE.....7
flavoxate.....84
flecainide..... 49
floxuridine.....7
fluconazole..... 151
fluconazole in nacl (iso-osm) 151
flucytosine..... 151
fludrocortisone.....87
flunisolide..... 112
fluocinolone..... 76
fluocinolone acetonide oil.... 112
fluocinonide..... 76
fluoride (sodium).....74
fluorometholone.....112
fluorouracil.....7, 78

fluoxetine 148
fluphenazine decanoate 42
fluphenazine hcl 42
flurbiprofen 117
flurbiprofen sodium 112
flutamide 7
fluticasone propionate 71, 72, 76, 112
fluticasone propion-salmeterol 72
fluvastatin 56
fluvoxamine 148
folivane-ob 223
fondaparinux 218
fosamprenavir 155
fosinopril 59
fosinopril-hydrochlorothiazide 60
fosphenytoin 142
FOTIVDA 8
FREESTYLE PRECISION ... 182
FRUZAQLA 8
fulvestrant 8
furosemide 58
FUZEON 155
FYARRO 8
FYCOMPA 142
gabapentin 142
galantamine 26
gallifrey 91
GAMUNEX-C 94
GARDASIL 9 (PF) 101
GAUZE PAD 182
gavilyte-c 83
gavilyte-g 83
gavilyte-n 83
GAVRETO 8
gefitinib 8
gemfibrozil 56
generlac 81
gengraf 94
gentak 109
gentamicin 79, 109, 122
gentamicin sulfate (ped) (pf) 122
gentamicin sulfate (pf) 122
GENVOYA 156
GILOTRIF 8
glatiramer 66
glatopa 66
GLEOSTINE 8
glimepiride 32
glipizide 32
glipizide-metformin 33
glutamine (sickle cell) 114
glyburide 33
glyburide micronized 33
glyburide-metformin 33
glycopyrrolate 81, 82
glydo 120
GLYXAMBI 27
GOMEKLI 8
griseofulvin microsize 151
griseofulvin ultramicrosize ... 151
guanfacine 49, 66
GVOKE 114
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 114
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 114
HAEGARDA 220
hailey 24 fe 133
hailey fe 1.5/30 (28) 133
hailey fe 1/20 (28) 133
halobetasol propionate 76
haloette 133
haloperidol 42
haloperidol decanoate 42
haloperidol lactate 42
HARVONI 159, 160
HAVRIX (PF) 101
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 183
HEALTHWISE PEN NEEDLE 183, 184
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 184
heather 133
heparin (porcine) 218
HEPLISAV-B (PF) 101
HERCEPTIN HYLECTA 8
HERZUMA 8
HIBERIX (PF) 101
HUMIRA 95
HUMIRA PEN 95
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START 94
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS 94
HUMIRA(CF) 95
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER 95
HUMIRA(CF) PEN 95
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 95
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 95
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 95
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 30
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 30
hydralazine 53
hydrochlorothiazide 58
hydrocodone-acetaminophen 119
hydrocortisone 62, 76, 77, 87
hydrocortisone valerate 77
hydrocortisone-acetic acid ... 109
hydromorphone 119

hydroxychloroquine 37
hydroxyurea 8
hydroxyzine hcl 153
hydroxyzine pamoate 114
ibandronate 62
IBRANCE 9
IBTROZI 9
ibu 117
ibuprofen 117
icatibant 53
iclevia 133
ICLUSIG 9
icosapent ethyl 56
IDHIFA 9
ifosfamide 9
ILEVRO 112
imatinib 9
IMBRUVICA 9
IMDELLTRA 9
imipenem-cilastatin 124
imipramine hcl 148
imiquimod 78
IMJUDO 9
IMKELDI 9
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 102
IMPAVIDO 37
incassia 133
INCONTROL ALCOHOL PADS 184
INCONTROL PEN NEEDLE 184
INCRELEX 89
indapamide 58
indomethacin 117
INFANRIX (DTAP) (PF) 102
infliximab 95
INGREZZA 66
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 66
INGREZZA SPRINKLE 66
INLYTA 10
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE 184
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE 184
INQOVI 10
INREBIC 10
insulin asp prt-insulin aspart 30
insulin aspart u-100 30
insulin glargine-yfgn 30
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK 185
INSULIN SYRINGE 165
INSULIN SYRINGE MICROFINE 165
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS 186
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 182, 184, 185, 186, 191, 194, 196, 201, 205, 206, 207
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 186
INSUPEN PEN NEEDLE 186, 187
INTELENCE 156
INTRON A 160
introvale 133
INVEGA HAFYERA 43
INVEGA SUSTENNA 43
INVEGA TRINZA 43
INVELTYS 112
IPOL 102
ipratropium bromide 73, 113
ipratropium-albuterol 73
irbesartan 53
irbesartan-hydrochlorothiazide 53
ISENTRESS 156
ISENTRESS HD 156
isibloom 133
isoniazid 153
ISOPROPYL ALCOHOL 78
isosorbide dinitrate 61
isosorbide mononitrate 61
ITOVEBI 10
itraconazole 151
IV PREP WIPES 187
ivabradine 53
ivermectin 37
IWILFIN 10
IXCHIQ (PF) 102
IXIARO (PF) 102
JAKAFI 10
jantoven 219
JANUMET 27
JANUMET XR 27
JANUVIA 27
JARDIANCE 27
javygtor 221
JAYPIRCA 10
JEMPERLI 10
jencycla 133
JENTADUETO 27
JENTADUETO XR 27
jolessa 133
juleber 133
JULUCA 156
junel 1.5/30 (21) 133
junel 1/20 (21) 133
junel fe 1.5/30 (28) 134
junel fe 1/20 (28) 134
junel fe 24 134
JYLAMVO 10
JYNARQUE 58
JYNNEOS (PF) 102
KALETRA 156
KALYDECO 69
kariva (28) 134
kelnor 1/35 (28) 134

kelnor 1/50 (28) 134
KERENDIA 60
KESIMPTA PEN 66
ketoconazole 151, 152
ketorolac 112, 117
KEYTRUDA 10
KIMMTRAK 10
KINERET 95
KINRIX (PF) 102
kionex (with sorbitol) 82
KISQALI 11
KISQALI FEMARA CO-PACK 10, 11
KLISYRI (250 MG) 78
klor-con m10 216
klor-con m15 216
klor-con m20 216
KLOXXADO 23
KOSELUGO 11
kosher prenatal plus iron 223
KRAZATI 11
kurvelo (28) 134
KYLEENA 134
KYNMOBI 38
labetalol 50
lacosamide 142
lactulose 82
lamivudine 156
lamivudine-zidovudine 156
lamotrigine 142, 143
lanreotide 89
lansoprazole 80, 81
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 31
LANTUS U-100 INSULIN 31
lapatinib 11
larin 1.5/30 (21) 134
larin 1/20 (21) 134
larin 24 fe 134
larin fe 1.5/30 (28) 134
larin fe 1/20 (28) 134
larissia 134
latanoprost 107
LAZCLUZE 11
leflunomide 95
lenalidomide 11
LENTOCILIN S 128
LENVIMA 11
lessina 134
letrozole 12
leucovorin calcium 114
LEUKERAN 12
leuprolide 12
leuprolide (3 month) 12
levetiracetam 143
levobunolol 108
levocetirizine 153
levofloxacin 128
levofloxacin in d5w 128
levonest (28) 134
levonorgest-eth.estradiol-iron 135
levonorgestrel-ethinyl estrad 135
levonorg-eth estrad triphasic 135
levora-28 135
levothyroxine 85
LEXIVA 156
LIBERVANT 143
lidocaine 120
lidocaine hcl 120
lidocaine viscous 121
lidocaine-prilocaine 121
lidocan iii 121
LILETTA 135
lillow (28) 135
linezolid 123
linezolid in dextrose 5% 123
LINZESS 82
liothyronine 85
LISCO 187
lisinopril 60
lisinopril-hydrochlorothiazide 60
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 187
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 187, 188
lithium carbonate 66, 67
lithium citrate 67
LIVTENCITY 160
LOKELMA 82
LONSURF 12
loperamide 82
lopinavir-ritonavir 156
LOQTORZI 12
lorazepam 25
lorazepam intensol 25
LORBRENA 12
losartan 54
losartan-hydrochlorothiazide 54
LOTEMAX 112
LOTEMAX SM 112
loteprednol etabonate 112
lovastatin 56
low-ogestrel (28) 135
loxapine succinate 44
lubiprostone 82
LUMAKRAS 12
LUMIGAN 108
LUNSUMIO 12
LUPRON DEPOT 13, 89
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 12, 89
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 12
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 13
LUPRON DEPOT-PED 89

LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 89
lurasidone 44
lutera (28) 135
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 89
LYBALVI 44
lyleq 135
LYNOZYFIC 13
LYNPARZA 13
LYSODREN 13
LYTGOBI 13
lyza 135
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG 188
MAGELLAN SYRINGE 188
magnesium sulfate 216
malathion 79
maraviroc 157
MARGENZA 13
marlissa (28) 135
marnatal-f 223
MARPLAN 148
MATULANE 13
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) 67
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) 67
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) 67
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) 67
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) 67
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) 67
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) 67
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 188
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 189
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 189
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 189
MAYZENT 67
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) 67
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) 67
meclizine 35
medroxyprogesterone 91
mefloquine 37
megestrol 13, 91
MEKINIST 13
MEKTOVI 13
meleya 135
meloxicam 117
memantine 26
MENACTRA (PF) 102
MENQUADFI (PF) 102
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 102
mercaptopurine 14
meropenem 124
mesalamine 62
mesna 114
metformin 27, 28
methadone 119
methazolamide 108
methenamine hippurate 123
methimazole 85
methocarbamol 222
methotrexate sodium 14
methotrexate sodium (pf) 14
methoxsalen 78
methsuximide 143
methylphenidate hcl 68
methylprednisolone 88
methylprednisolone acetate 87
metoclopramide hcl 82
metolazone 58
metoprolol succinate 50
metoprolol tartrate 50
metronidazole 79, 121, 123
metronidazole in nacl (iso-os) 123
metyrosine 53
micafungin 152
miconazole-3 152
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 189
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE 189
microgestin 1.5/30 (21) 135
microgestin 1/20 (21) 136
microgestin 24 fe 136
microgestin fe 1.5/30 (28) 136
microgestin fe 1/20 (28) 136
midodrine 49
MIEBO (PF) 113
mifepristone 28
mili 136
mimvey 87
MINI ULTRA-THIN II 190
minitran 61
minocycline 130
minoxidil 61
MIPLYFFA 161
mirabegron 84
MIRENA 136
mirtazapine 148, 149
misoprostol 81
mitoxantrone 14
M-M-R II (PF) 102
m-natal plus 223
modafinil 64
moexipril 60
molindone 44

mometasone 77, 112
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING 190, 191
MONOJECT INSULIN SYRINGE 190, 191
MONOJECT SYRINGE 190
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 209
mono-linyah 136
montelukast 72
morphine 119, 120
MORPHINE 119
morphine concentrate 119
MOUNJARO 28
MOVANTIK 82
moxifloxacin 109, 129
moxifloxacin-sod.ace,sul-water 129
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 129
MRESVIA (PF) 103
MULTAQ 49
mupirocin 79
MVASI 14
mycophenolate mofetil 96
mycophenolate mofetil (hcl) 95
mycophenolate sodium 96
mynatal 223
mynatal advance 223
mynatal plus 223
mynatal-z 223
mynate 90 plus 223
nabumetone 117
nafcillin 128
naloxone 23
naltrexone 23
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 191
naproxen 117
naratriptan 34
NATACYN 109
nateglinide 28
NATPARA 63
NAYZILAM 143
nebivolol 50
nefazodone 149
neomycin 122
neomycin-bacitracin-poly-hc 109
neomycin-bacitracin-polymyxin 109
neomycin-polymyxin b-dexameth 109
neomycin-polymyxin-gramicidin 110
neomycin-polymyxin-hc 110
neo-polycin 110
neo-polycin hc 110
NERLYNX 14
neuac 79
NEULASTA ONPRO 220
nevirapine 157
newgen 223
NEXLETOL 56
NEXLIZET 57
NEXPLANON 136
niacin 57
niacor 57
NICOTROL NS 24
nifedipine 55
NIKTIMVO 96
nilotinib hcl 14
nilutamide 14
NINLARO 14
nitazoxanide 37
nitisinone 221
nitrofurantoin macrocrystal 123
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 123
nitroglycerin 61, 114
niva-plus 224
NIVESTYM 220
NORDITROPIN FLEXPRO 90
norelgestromin-ethin.estradiol 136
norethindrone (contraceptive) 136
norethindrone acetate 91
norethindrone-e.estradiol-iron 136
norgestimate-ethinyl estradiol 137
norlyda 137
nortrel 1/35 (21) 137
nortrel 1/35 (28) 137
nortrel 7/7/7 (28) 137
nortriptyline 149
NORVIR 157
NOVOFINE 30 191
NOVOFINE 32 191
NOVOFINE PLUS 191
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 31
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 31
NOVOLIN N FLEXPEN 31
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 31
NOVOLIN R FLEXPEN 31
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 31
NOVOTWIST 191
NUBEQA 14
NUCALA 69, 70
NULOJIX 96
NUPLAZID 44
NURTEC ODT 34
nyamyc 152
nylia 1/35 (28) 137
nylia 7/7/7 (28) 137
nymyo 137

nystatin 152
nystatin-triamcinolone 152
nystop 152
NYVEPRIA 221
obstetrix dha 224
obstetrix dha prenatal duo ... 224
o-cal prenatal 224
OCREVUS 68
OCREVUS ZUNOVO 68
octreotide acetate 90
ODEFSEY 157
ODOMZO 14
OFEV 70
ofloxacin 110
OGIVRI 14
OGSIVEO 14, 15
OJEMDA 15
OJJAARA 15
olanzapine 44
olmesartan 54
olmesartan-amlodipin-hcthiazid 54
olmesartan-hydrochlorothiazide 54
olopatadine 113
omega-3 acid ethyl esters 57
omeprazole 81
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) 192
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) 192
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) 192
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) ... 192
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3) 192
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 192
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) 192
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) 192
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 192
ONAPGO 38
ondansetron 36
ondansetron hcl 36
ONTRUZANT 15
ONUREG 15
OPDIVO 15
OPDIVO QVANTIG 15
OPDUALAG 15
OPIPZA 44
OPSUMIT 115
ORENCIA 96
ORENCIA (WITH MALTOSE) 96
ORENCIA CLICKJECT 96
ORFADIN 221
ORGOVYX 90
ORILISSA 90
ORKAMBI 70
orquidea 137
ORSERDU 15
oseltamivir 160
OTEZLA 96
OTEZLA STARTER 96
oxandrolone 85
oxcarbazepine 143
oxybutynin chloride 84
oxycodone 120
oxycodone-acetaminophen . 120
OZEMPIC 28
pacerone 49
paclitaxel protein-bound 15
paliperidone 44
PANRETIN 78
pantoprazole 81
paricalcitol 63
paromomycin 37
paroxetine hcl 149
PAXLOVID 160
pazopanib 15
PEDIARIX (PF) 103
PEDVAX HIB (PF) 103
peg 3350-electrolytes 83
PEGASYS 160, 161
peg-electrolyte soln 83
PEMAZYRE 16
pemetrexed disodium 16
PEMRYDI RTU 16
PEN NEEDLE 192, 193
PEN NEEDLE, DIABETIC 171, 183, 189, 190, 192, 193, 195
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 196
PENBRAYA (PF) 103
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) 103
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) 103
penicillamine 121
penicillin g potassium 128
penicillin g procaine 128
penicillin v potassium 128
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 103
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) 103
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) 103
PENTACEL (PF) 104
pentamidine 37
PENTIPS PEN NEEDLE 193
pentoxifylline 219
perampanel 143
perindopril erbumine 60

periogard 74
permethrin 80
perphenazine 45
perphenazine-amitriptyline .. 149
PERSERIS 45
phenelzine 149
phenobarbital 143, 144
PHENYTEK 144
phenytoin 144
phenytoin sodium 144
phenytoin sodium extended 144
PIFELTRO 157
pilocarpine hcl 74, 108
pimecrolimus 77
pimozide 45
pimtrea (28) 137
pioglitazone 28
pioglitazone-metformin 28
PIP PEN NEEDLE 193
piperacillin-tazobactam 128
PIQRAY 16
pirfenidone 70
pirmella 137
pitavastatin calcium 57
PLEGRIDY 68
pnv 29-1 224
pnv-dha + docusate 224
pnv-omega 224
podofilox 78
polycin 110
polymyxin b sulf-trimethoprim 110
POMALYST 16
portia 28 137
posaconazole 152
potassium chloride 216, 217
potassium citrate 217
pr natal 400 224
pr natal 400 ec 224
pr natal 430 224
pr natal 430 ec 224
pramipexole 39
prasugrel hcl 220
pravastatin 57
praziquantel 37
prazosin 49
prednisolone 88
prednisolone acetate 112
prednisolone sodium phosphate 88
prednisone 88
pregabalin 144
PREHEVBRIO (PF) 104
PREMARIN 87
PREMPHASE 87
PREMPRO 87
prena1 true 224
prenaissance 224
prenaissance plus 224
prenatabs fa 224
prenatal 19 225
prenatal 19 (with docusate) . 225
prenatal low iron 225
prenatal plus 225
prenatal plus (calcium carb) 224
prenatal vitamin plus low iron 225
prenatal-u 225
preplus 225
pretab 225
prevalite 57
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 194
previfem 137
PREVYMIS 160
PREZCOBIX 157
PREZISTA 157
PRIFTIN 153
PRIMAQUINE 37
primidone 144
PRIORIX (PF) 104
PRO COMFORT ALCOHOL PADS 194
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 194
PRO COMFORT PEN NEEDLE 194
probenecid 33
probenecid-colchicine 33
PROCALAMINE 3% 48
prochlorperazine 36
prochlorperazine edisylate 36, 45
prochlorperazine maleate 36
procto-med hc 77
proctosol hc 77
proctozone-hc 77
PRODIGY INSULIN SYRINGE 195
progesterone micronized 91
PROGRAF 96
PROLIA 63
promethazine 36
promethegan 36
propafenone 49
propranolol 50
propylthiouracil 85
PROQUAD (PF) 104
protriptyline 149
PULMOZYME 221
PURE COMFORT ALCOHOL PADS 195
PURE COMFORT PEN NEEDLE 195
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 195
pyrazinamide 153
pyridostigmine bromide 114
pyrimethamine 37
QINLOCK 16

QUADRACEL (PF) 104
quetiapine 45
quinapril 60
quinapril-hydrochlorothiazide 60
quinidine sulfate 49
quinine sulfate 37
QULIPTA 34
RABAVERT (PF) 104
rabeprazole 81
RALDESY 149
raloxifene 87
ramipril 60
ranolazine 53
rasagiline 39
RASUVO (PF) 97
RAYALDEE 63
reclipsen (28) 137
RECOMBIVAX HB (PF) 104
RELENZA DISKHALER 160
repaglinide 28
REPATHA PUSHTRONEX ... 57
REPATHA SURECLICK 57
REPATHA SYRINGE 57
RETACRIT 221
RETEVMO 16
RETROVIR 157
REVUFORJ 16, 17
REXULTI 45
REYATAZ 157
REZLIDHIA 17
REZUROCK 97
RHOPRESSA 108
RIABNI 17
ribavirin 161
rifabutin 153
rifampin 153
rilpivirine 157
riluzole 68
RINVOQ 97
RINVOQ LQ 97
risperidone 45, 46
risperidone microspheres 45
ritonavir 157
RITUXAN HYCELA 17
rivaroxaban 219
rivastigmine 26
rivastigmine tartrate 26
rizatriptan 34
r-natal ob 225
ROCKLATAN 108
roflumilast 70
ROMVIMZA 17
ropinirole 39
rosadan 79
rosuvastatin 57
ROTARIX 105
ROTATEQ VACCINE 105
ROZLYTREK 17
RUBRACA 17
rufinamide 144
RUKOBIA 158
RUXIENCE 17
RYBELSUS 28
RYBREVANT 17
RYDAPT 17
RYKINDO 46
RYTELO 17
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 196
SAFETY PEN NEEDLE 196
SANTYL 79
sapropterin 221
SAVELLA 68
SCEMBLIX 17, 18
scopolamine base 36
SECUADO 46
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 197
SECURESAFE PEN NEEDLE 197
SELARSDI 97
select-ob 225
select-ob (folic acid) 225
selegiline hcl 39
selenium sulfide 79
SELZENTRY 158
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) 31
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN 31
se-natal 19 chewable 225
SEREVENT DISKUS 73
SEROSTIM 90
sertraline 149
setlakin 138
sevelamer carbonate 83
sevelamer hcl 83
SEZABY 144
sf 5000 plus 74
sharobel 138
SHINGRIX (PF) 105
SIGNIFOR 90
sildenafil 115
sildenafil (pulm.hypertension) 115
silver sulfadiazine 79
SIMBRINZA 108
simliya (28) 138
simvastatin 57
sirolimus 97
SIRTURO 153
SKY SAFETY PEN NEEDLE 197
SKYLA 138
SKYRIZI 97, 98
sodium chloride 0.45 % 217
sodium chloride 0.9 % 217
sodium fluoride-pot nitrate 75
sodium oxybate 64

sodium polystyrene sulfonate 82
sodium,potassium,mag sulfates 83, 84
solifenacin 84
SOLIQUA 100/33 32
SOLTAMOX 18
SOMATULINE DEPOT 90
SOMAVERT 91
sorafenib 18
sorine 51
sotalol 51
sotalol af 51
SPIRIVA RESPIMAT 73
spironolactone 58
spironolacton-hydrochlorothiaz 58
SPRAVATO 150
sprintec (28) 138
SPRITAM 145
sps (with sorbitol) 82
sronyx 138
ssd 79
stavudine 158
STELARA 98
STERILE PADS 197
STIOLTO RESPIMAT 73
STIVARGA 18
STOBOCLO 63
STRENSIQ 222
streptomycin 122
STRIBILD 158
STRIVERDI RESPIMAT 74
subvenite 145
sucralfate 81
sulfacetamide sodium 110
sulfacetamide-prednisolone 110
sulfadiazine 129
sulfamethoxazole-trimethoprim 129
sulfasalazine 62
sulindac 117
sumatriptan 34
sumatriptan succinate 34, 35
sunitinib malate 18
SUNLENCA 158
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS 198
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 197
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 197, 198
SURE COMFORT PEN NEEDLE 198
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 197
SURE-FINE PEN NEEDLES 198, 199
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 199
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS 199
SUTAB 84
SYMPAZAN 145
SYMTUZA 158
SYNJARDY 28
SYNJARDY XR 29
SYNRIBO 18
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY 196
TABLOID 18
TABRECTA 18
tacrolimus 77, 98
tadalafil 115
TAFINLAR 18
tafluprost (pf) 108
TAGRISSO 18
TALVEY 18
TALZENNA 18
tamoxifen 18
tamsulosin 84
tarina 24 fe 138
tarina fe 1-20 eq (28) 138
taron-c dha 225
taron-prex prenatal-dha 225
TAVNEOS 98
tazarotene 80
tazicef 125
taztia xt 52
TAZVERIK 18
TDVAX 105
TECHLITE INSULIN SYRINGE 200
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) 199, 200
TECHLITE PEN NEEDLE 200
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE 200
TECVAYLI 18
TEFLARO 125
telmisartan 54
telmisartan-hydrochlorothiazid 54
temazepam 25
TEMIXYS 158
TENIVAC (PF) 105
tenofovir disoproxil fumarate 158
TEPMETKO 19
terazosin 84
terbinafine hcl 152
terconazole 121
teriparatide 63
TERUMO INSULIN SYRINGE 201
testosterone 86
testosterone cypionate 85
testosterone enanthate 85
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) 105

tetrabenazine 68
tetracycline 130
TEVIMBRA 19
THALOMID 114
theophylline 74
THINPRO INSULIN SYRINGE 201
thioridazine 46
thiothixene 46
tiadylt er 52
tiagabine 145
TIBSOVO 19
ticagrelor 220
TICE BCG 19
TICOVAC 105
tigecycline 130
tilia fe 138
timolol 108
timolol maleate 51, 108
tinidazole 37
tiotropium bromide 74
TIVDAK 19
TIVICAY 158
TIVICAY PD 158
tizanidine 222
TOBI PODHALER 122
tobramycin 110
tobramycin in 0.225 % nacl . 122
tobramycin sulfate 122
tobramycin-dexamethasone 111
tolterodine 85
tolvaptan (polycys kidney dis) 59
TOPCARE CLICKFINE 201, 202
TOPCARE ULTRA COMFORT 202
topiramate 145
toposar 19
toremifene 19
torpenz 19
torsemide 59
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 32
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 32
TRADJENTA 29
tramadol 120
tramadol-acetaminophen 120
trandolapril 60
trandolapril-verapamil 60
tranexamic acid 218
tranylcypromine 150
travoprost 108
TRAZIMERA 19
trazodone 150
TRECATOR 153
TRELEGY ELLIPTA 74
TRELSTAR 19
TREMFYA 98
TREMFYA PEN 98
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN 98
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 32
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 32
TRESIBA U-100 INSULIN 32
tretinoin 80
tretinoin (antineoplastic) 19
tri femynor 138
triamcinolone acetonide 75, 77, 78, 88
triamterene-hydrochlorothiazid 59
triazolam 25
trientine 121
tri-estarylla 138
trifluoperazine 46
trifluridine 111
trihexyphenidyl 39
TRIJARDY XR 29
tri-legest fe 138
tri-linyah 138
tri-lo-estarylla 138
tri-lo-marzia 138
tri-lo-mili 138
tri-lo-sprintec 139
trimethoprim 123
tri-mili 139
trimipramine 150
TRINTELLIX 150
tri-nymyo 139
tri-previfem (28) 139
tri-sprintec (28) 139
TRIUMEQ 158
TRIUMEQ PD 158
triveen-duo dha 225
trivora (28) 139
tri-vylibra 139
tri-vylibra lo 139
TRIZIVIR 159
TROGARZO 159
trospium 85
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS 203
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 202, 203
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 203
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS 204
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 202, 203, 204
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG 202, 204
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 202
TRUEPLUS INSULIN .. 204, 205
TRUEPLUS PEN NEEDLE . 204

TRULICITY 29
TRUMENBA 105
TRUQAP 19
TRUXIMA 19
TUKYSA 19, 20
TURALIO 20
turqoz (28) 139
TWINRIX (PF) 106
TYBOST 114
TYENNE 99
TYENNE AUTOINJECTOR ... 98
TYMLOS 63
TYPHIM VI 106
UBRELVY 35
ULTICARE 206, 207
ULTICARE INSULIN SYRINGE 205, 206
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) 205
ULTICARE PEN NEEDLE ... 206
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 206
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR 207, 208
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 207, 208
ULTILET ALCOHOL SWAB 208
ULTILET INSULIN SYRINGE 185, 208
ULTILET PEN NEEDLE 208
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) 182, 197
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 176, 182, 183, 208, 209
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) 209
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 209, 210
ULTRA FLO PEN NEEDLE . 209
ULTRA THIN PEN NEEDLE 210
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 210
ULTRACARE PEN NEEDLE 210, 211
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 211
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 211
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 211
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR 211, 212
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 212
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES 212
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 212
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 212
UNIFINE PEN NEEDLE 212
UNIFINE PENTIPS 192, 212, 213
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 213
UNIFINE PENTIPS PLUS ... 213
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 213
UNIFINE PROTECT 213
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 214
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 214
UPTRAVI 115, 116
ursodiol 82
UZEDY 46, 47
valacyclovir 161
VALCHLOR 79
valganciclovir 161
valproate sodium 145
valproic acid 145
valproic acid (as sodium salt) 145
valsartan 54
valsartan-hydrochlorothiazide 54
VALTOCO 145
valtya 139
vancomycin 123
VANFLYTA 20
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 214
VANISHPOINT SYRINGE ... 214
VAQTA (PF) 106
varenicline tartrate 24
VARIVAX (PF) 106
VAXCHORA VACCINE 106
VEGZELMA 20
VELTASSA 82
VEMLIDY 159
VENCLEXTA 20
VENCLEXTA STARTING PACK 20
venlafaxine 150
VEOZAH 115
verapamil 52
VERIFINE INSULIN SYRINGE 214, 215
VERIFINE PEN NEEDLE 214, 215
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 215
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP 215
VERQUVO 53
VERSACLOZ 47
VERSALON 215
VERZENIO 20
V-GO 20 215
V-GO 30 216

V-GO 40 216
vienva 139
vigabatrin 145
vigadrone 146
vigpoder 146
vilazodone 150
VIMKUNYA 106
vinorelbine 20
viorele (28) 139
VIRACEPT 159
VIREAD 159
virt-c dha 225
virt-nate dha 226
virt-pn dha 226
virt-pn plus 226
vitafol gummies 226
vitafol nano 226
vitafol-ob+dha 226
VITRAKVI 20
VIVIMUSTA 20
VIVOTIF 106
VIZIMPRO 20
VOCABRIA 159
volnea (28) 139
VONJO 20
VORANIGO 21
voriconazole 152
VOSEVI 160
VOWST 115
vp-ch-pnv 226
vp-pnv-dha 226
VRAYLAR 47
VUMERITY 68
VYALEV 39
vylibra 139
VYLOY 21
VYZULTA 108
warfarin 219
WEBCOL 216
WELIREG 21
WINREVAIR 70
wixela inhub 72
XALKORI 21
xarah fe 139
XARELTO 219
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 219
XATMEP 21
XCOPRI 146
XCOPRI MAINTENANCE PACK 146
XCOPRI TITRATION PACK 146
XDEMVY 111
XELJANZ 99
XELJANZ XR 99
XERMELO 82
XGEVA 63
XIFAXAN 123
XIGDUO XR 29
XIIDRA 112
XOLAIR 70
XOSPATA 21
XPOVIO 21
XTANDI 21, 22
xulane 139
XULTOPHY 100/3.6 32
XYOSTED 86
YERVOY 22
YESINTEK 99
YF-VAX (PF) 107
YONSA 22
YUFLYMA(CF) 99
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS 99
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR 99
yuvafem 87
zafemy 139
zafirlukast 72
zaleplon 64
zatean-pn dha 226
zatean-pn plus 226
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 115
ZEGALOGUE SYRINGE 115
ZEJULA 22
ZELBORAF 22
zenatane 79
ZENPEP 222
zidovudine 159
ZIIHERA 22
zingiber 226
ziprasidone hcl 47
ziprasidone mesylate 47
ZIRABEV 22
ZIRGAN 111
ZOLADEX 22
ZOLINZA 22
zolpidem 64
ZONISADE 146
zonisamide 146
zovia 1/35e (28) 140
zovia 1-35 (28) 140
ZTALMY 146
ZTLIDO 121
ZURZUVAE 150
ZYDELIG 22
ZYKADIA 22
ZYLET 111
ZYNLONTA 22
ZYNYZ 22
ZYPREXA RELPREVV 47

Aviso sobre requisitos de no discriminación y accesibilidad
La discriminación es contra la ley

ATRIO Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. ATRIO Health Plans no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. ATRIO Health Plans:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como:
    - Qualified sign language interpreters
    - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
    - Intérpretes cualificados
    - Información redactada en otros idiomas

Si necesita alguno de los servicios enumerados anteriormente, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de ATRIO al número gratuito 1-877-672-8620, todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si considera que ATRIO Health Plans no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

ATRIO Compliance Officer:
550 Hawthorne Avenue, Suite 140, Salem, OR 97301
1-877-672-8620 (TTY 711)
Presentar una queja ante la línea directa de cumplimiento de ATRIO:
1-877-309-9952 or compliance@atriohp.com

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, comuníquese con Servicios para miembros sin cargo al 1-877-672-8620, todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Español (Spanish) - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-672-8620 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) - CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số 1-877-672-8620 (TTY: 711)

繁體中文 (Chinese) - 注意：如果您講國語，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-672-8620 (TTY：711)。

Русский (Russian) - ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами перевода. Телефон: 1-877-672-8620 (телетайп: 711).

한국어 (Korean) - 유의사항: 무료 한국어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 전화번호는 1-877-672-8620 (TTY: 711) 번입니다.

Українська (Ukrainian) - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-877-672-8620 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese) - 注意事項：日本語でのサービスをご希望の場合、1-877-672-8620（TTY:711）までご連絡ください。このサービスは無料です。

"إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-672-8620 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-735-2900)."

فارسی (Farsi) – توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما موجود است. با شماره 1-877-672-8620 تماس بگیرید (TTY: 1-800-735-2900).

Română (Romanian) - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-877-672-8620 (TTY: 711).

ខ្មែរ (Cambodian) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 1-877-672-8620 (TTY: 711)។

Oroomiffa (Oromo) - XIYYEEFFANNAA: Afaandubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, niargama. 1-877-672-8620 (TTY: 711) Bilbilaa.

Deutsch (German) - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-672-8620 (TTY: 711).

فارسی (Farsi) – توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما موجود است. با شماره 1-877-672-8620 تماس بگیرید (TTY: 1-800-735-2900).

Français (French) - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-672-8620 (ATS : 711).

ภาษาไทย (Thai) - โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-672-8620 (TTY: 711)

Inserción en varios idiomas

Servicios de interpretación en varios idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-672-8620. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-672-8620. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-672-8620。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-672-8620。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-672-8620. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-672-8620. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-672-8620 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-672-8620. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-672-8620 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-672-8620. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: لدينا خدمات المترجم الفوري لتزويدك بالإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو الأدوية التي تتناولها. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-672-8620 يتحدث شخص ما لغتك. هذه الخدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना केबारे में आपकेकिसी भी प्रश्न केजवाब देने केलिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने केलिए, बस हमें 1-877-672-8620 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-672-8620. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-672-8620. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-672-8620. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-672-8620. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-877-672-8620 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサービスです。

Este formulario se actualizó el 08/27/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con ATRIO Health Plans al 1-877-672-8620 (TTY 711), todos los días de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, o visite atriohp.com.