



PHP (HMO SNP)
Formulario 2025
(Lista de medicamentos cubiertos
o “Lista de fármacos”)

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

Este formulario fue actualizado el 25 de marzo de 2025. Para información más reciente u otras preguntas, por favor contacte a Servicio al Cliente de Farmacia de PHP al (888) 436-5018, (usuarios de TTY llamen al 711), 24 horas al día, siete días a la semana o visite www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/formulary.

La discriminación es contraria a la ley

PHP (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina según la raza, color, origen nacional, discapacidad o sexo (incluyendo el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). PHP no excluye personas ni las trata differentlymente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluyendo el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

PHP:

- Brinda ayuda gratuita y servicios a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra impresa grande, en audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas
- Si necesita estos servicios, contacte a Servicios para Miembros.

Si cree que PHP falló en brindar estos servicios o discriminó de alguna otra manera con base en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluyendo el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar un reclamo con:

Member Services
P.O. Box 46160
Los Angeles, CA 90046,
(800) 263-0067, TTY 711
Fax (888) 235-8552,
Email php@positivehealthcare.org.

Usted puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda en presentar un reclamo, Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo.

Además, puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente por medio del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-263-0067. 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 1-800-263-0067. 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 1-800-263-0067。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 1-800-263-0067。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 1-800-263-0067. 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 1-800-263-0067. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-263-0067 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-263-0067. 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 1-800-263-0067번으로 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 1-800-263-0067. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على ١-٨٠٠-٢٦٣-٠٠٦٧. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-263-0067 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 1-800-263-0067. Un nostro incaricato che parla Italiano 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 1-800-263-0067. 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 1-800-263-0067. 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 1-800-263-0067. 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、1-800-263-0067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。

Nota a los miembros actuales: Este Formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor, revise este documento para asegurarse que aún contiene los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de fármacos (Formulario) se refiere a "nosotros," "nos," o "nuestro," significa AIDS Healthcare Foundation. Cuando se refiere a "plan" o "nuestro plan," significa PHP.

Este documento incluye una lista de medicamentos (Formulario) para nuestro plan que está actualizada al 25 de marzo de 2025. Para una Lista de medicamentos (Formulario) actualizada, por favor contáctenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (Formulario), aparece en la portada y la contraportada.

Usted debe generalmente usar las farmacias de la red para usar su beneficio de cobertura de medicamentos bajo receta. Los beneficios, formulario, red de farmacias y/o copagos/coseguros podrían cambiar en enero 1 de 2026 y de vez en cuando durante el año.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, llame a nuestro número de Servicios para Miembros al (800) 263-0067, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana.

This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at (800) 263-0067, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week.

¿Qué es el formulario de PHP?

En este documento, usamos los términos Lista de medicamentos y formulario para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por PHP en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias de medicación consideradas como una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. PHP cubrirá generalmente los fármacos listados en nuestra lista de medicamentos mientras el medicamento sea médicalemente necesario, se surta la receta en una farmacia de la red de PHP y se sigan otras reglas del plan. Para más información de cómo surtir sus recetas, por favor revise nuestra Evidencia de Cobertura.

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos recetados cubiertos por PHP, visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y la contraportada.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podríamos agregar o retirar medicamentos en el formulario durante el año, moverlos a niveles de costo compartido diferentes o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare para hacer estos cambios. Las actualizaciones al formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/formulary.

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

- **Sustituciones inmediatas de ciertas nuevas versiones de medicamentos de marca comercial y productos biológicos originales.** Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo estamos reemplazando con una nueva versión determinada de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en el más bajo y con las mismas o menos restricciones. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca comercial o el producto biológico original en nuestro formulario, pero moverlo inmediatamente a un nivel diferente de costos compartidos o agregar nuevas restricciones.

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

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

Si hacemos un cambio de este tipo, usted o su recetador pueden pedirnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de PHP?”.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser 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?”

- **Medicamento retirado del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) determina que se retira por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y luego notificar a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podríamos hacer otros cambios que afectan a miembros que toman un medicamento en la actualidad. Por ejemplo, podríamos retirar un medicamento de marca comercial del formulario cuando agregamos un equivalente genérico o podríamos retirar un producto biológico original cuando agregamos un biosimilar. Además, podríamos aplicar nuevas restricciones para el medicamento de marca comercial o producto biológico original o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o ambos. Podríamos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si removemos fármacos de nuestro formulario, agregamos una autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia progresiva en un medicamento o movemos un fármaco a un nivel de costo compartido más alto, nosotros debemos notificarle del cambio por lo menos 30 días antes que el cambio sea efectivo. Alternativamente, cuando un

miembro solicite un resurtido de la receta, podría recibir un suministro de 30 días del medicamento y una notificación del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o su recetador puede solicitarnos hacer una excepción para usted y continuar cubriendo el medicamento que estaba tomando. El aviso que le brindaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección de abajo titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de PHP?”

Cambios que no lo afectarán si usted está tomando actualmente el medicamento.

Generalmente, si usted está tomando un medicamento en nuestro formulario de 2025 que estaba cubierto al comienzo del año, no discontinuaremos o reemplazaremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025 excepto como se describe arriba. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles en el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los toman durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá una notificación directa sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarían, y es importante revisar el formulario para el nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario incluido es efectivo a partir del 25 de marzo de 2025. Para recibir información actualizada acerca de los medicamentos cubiertos por PHP, por favor contáctenos. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada.

Si nosotros hicieramos cambios al formulario durante el año, se lo notificaremos enviándole una “Notificación de Cambios a su Formulario (Lista de medicamentos cubiertos)” en la Parte D de su *Explicación de Beneficios* (llamado también “EOB de Parte D”). Le enviaremos por correo una Explicación de Beneficios de la Parte D cuando usted ya ha tenido una o más recetas surtidas a través del plan durante el mes previo cada mes de manera que usted puede dar seguimiento a los costos de su bolsillo de la Parte D y costos totales de medicamentos para el año. Para más información sobre la Explicación de Beneficios de Parte D, por favor vea su *Evidencia de Cobertura*, Capítulo 6, Sección 3.1.

¿Cómo uso el Formulario?

Existen dos maneras de encontrar su medicamento dentro de la lista:

Condición médica

El formulario comienza en la página 3 Los fármacos en este formulario están agrupados en categorías dependiendo del tipo de la condición médica que tratan. Por ejemplo, los

medicamentos usados para tratar una enfermedad cardíaca son listados bajo la categoría "Cardiovasculares, agentes". Si usted sabe para qué se usa su medicamento, búsquelo bajo el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego busque su medicamento dentro del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar, usted debería buscar su medicamento en el índice que comienza en la página I-1. El índice provee una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos están listados en el índice. Busque su medicamento en el índice. Al lado de su medicamento, usted verá el número de página donde puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página listada en el índice y encuentre el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son medicamentos genéricos?

PHP cubre tanto medicamentos de marca comercial como genéricos. Un medicamento genérico es aprobado por la FDA como que tiene el mismo ingrediente activo que el fármaco de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan tan bien como los de marca y usualmente cuestan menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca comercial. Los medicamentos genéricos generalmente pueden ser sustituidos por el medicamento de marca comercial 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 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 llaman 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, dependiendo de las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca comercial.

- Para hablar sobre los tipos de medicamentos, consulte la *Evidencia de Cobertura*, Capítulo 5, Sección 3.1, "La Lista de Medicamentos dice qué medicamentos de la Parte D están cubiertos".

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos puede que tengan requisitos adicionales o límites de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** PHP requiere que usted o su recetador obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará obtener la autorización de PHP antes de surtir sus medicamentos. Si usted no obtiene aprobación, PHP puede que no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, PHP limita la cantidad del medicamento que PHP cubrirá. Por ejemplo, PHP suministra 12 comprimidos por receta de MAXALT (10 mg). Esto puede que sea en adición al suministro de un mes o tres meses estándar.
- **Terapia progresiva:** En algunos casos, PHP requiere que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan ambos su condición, PHP no cubriría el Medicamento B a menos que haya probado primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, PHP cubrirá entonces el Medicamento B.

Usted puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando la lista de medicamentos que comienza en la página 3. Usted también puede recibir más información sobre restricciones aplicadas a fármacos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestra autorización previa y restricciones de terapia progresiva. Usted puede también solicitar que le envíemos una copia. Nuestra información de contacto junto con la fecha de la última actualización aparece en la portada y la contraportada.

Usted puede solicitar a PHP que haga una excepción a estas restricciones o límites o provea una lista de otros medicamentos similares que pudieran tratar su enfermedad. Vea la sección "¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de PHP?" en la página vi para información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Si su medicamento no está incluido en el formulario (lista de medicamentos cubiertos), debería contactar primero a Servicio al Cliente de Farmacia y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si averigua que PHP no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Usted puede pedir al Servicio al Cliente de Farmacia una lista de medicamentos similares que están cubiertos por PHP. Cuando usted reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que escriba una receta para un medicamento similar cubierto por PHP.
- Usted puede pedir a PHP que haga una excepción para cubrir su medicamento. Vea a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de PHP?

Usted puede solicitar a PHP que haga una excepción a las reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que usted nos puede solicitar.

- Usted puede solicitar que cubramos un medicamento aún si no está en nuestro formulario. Si es aprobado, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que proveamos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Usted puede solicitar que renunciemos a un requisito incluyendo una autorización previa, terapia progresiva o límites de cantidad de su fármaco. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, PHP limita la cantidad de fármaco que cubrirá. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, usted puede solicitarnos que renunciemos al límite y cubramos una mayor cantidad.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, PHP solo aprobará su solicitud para una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o la aplicación de la restricción no serían tan efectivos para usted y/o le causarían efectos adversos.

Usted o su recetador deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción de nivel o de formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando**

solicite una excepción, su recetador deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción. Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su recetador. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y estamos de acuerdo, que su salud podría verse seriamente perjudicada si espera hasta 72 horas para recibir una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su recetador solicita una decisión rápida, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su recetador.

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

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

Por cada medicamento que no está en nuestra lista o tiene una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporario de 30 días. Si su receta está escrita por menos días, permitiremos surtidos para proveer hasta un suministro máximo de 30 días del medicamento. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, aún si usted ha sido un miembro del plan por menos de 90 días.

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

Si usted es un miembro actual de nuestro plan, puede que ocurra una transición inesperada si su nivel de atención cambia. Por ejemplo, si usted es hospitalizado y se le receta un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos, una vez que usted es dado de alta, deberá hablar con su médico acerca de continuar tomando el

medicamento. Si usted y su médico deciden que debería continuar tomando dicho medicamento, deberá solicitar una excepción a la lista de medicamentos para que lo cubramos. Nuestro plan puede que le provea un suministro de transición de 30 días del medicamento mientras usted decide qué hacer. Por favor contáctenos acerca de la disponibilidad de un suministro de transición de medicamento cuando experimenta un cambio de nivel de atención.

Para más información

Para más información detallada acerca de su plan de cobertura de medicamentos bajo receta de PHP, por favor revise la *Evidencia de Cobertura* y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas acerca de PHP, por favor contáctenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y la contraportada.

Si usted tiene preguntas generales acerca del plan de cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día/7 días a la semana. Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048. O, visite www.medicare.gov.

Formulario de PHP

El formulario de abajo provee la información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por PHP. Si tiene problemas para encontrar su fármaco en la lista, consulte el Índice que comienza en la página I-1.

La primera columna del cuadro lista el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (ej., KALETRA) y los medicamentos genéricos están listados en letra minúscula cursiva (ej., hidroclorotiazide).

La información en la columna “Requisitos/Límites” le dice si PHP tiene cualquier requisito especial de cobertura de sus medicamentos.

Las siguientes abreviaturas pueden hallarse dentro del cuerpo de este documento.

Abreviaciones en las notas de cobertura

Abreviación	Descripción	Explicación
Restricciones en el manejo de la utilización		
AGE	Restricción de edad	Algunos medicamentos en nuestro formulario no son apropiados y pueden representar un riesgo para las personas de ciertas edades. Si un medicamento tiene una restricción de edad, se anotará la edad máxima de adecuación. Los medicamentos que tienen una restricción de edad requieren autorización previa.
PA	Restricción de autorización previa	Usted (o su médico) tiene que obtener una autorización previa de PHP antes de surtir su receta para este medicamento. Sin la autorización previa, PHP podría no cubrir este medicamento.
PA BvD	Restricción de autorización previa para determinación de Parte B vs Parte D	Este medicamento podría ser elegible para el pago bajo Medicare Parte B o Parte D. Usted (o su médico) tiene que obtener una autorización previa de PHP para determinar que este medicamento esté cubierto bajo Medicare Parte D antes de surtir su receta para este medicamento. Sin la autorización previa, PHP podría no cubrir este medicamento.

Abreviación	Descripción	Explicación
PA-HRM	Restricción de autorización previa para medicamentos de alto riesgo	Este medicamento se considera un medicamento de alto riesgo para personas de la tercera edad. Si usted tiene 65 años de edad o más, usted (o su médico) debe obtener autorización previa de PHP antes de que usted surta su receta para este medicamento.
PA NSO	Restricción de autorización previa para miembros nuevos solamente	Si usted es un miembro nuevo (usted o su médico), tiene que obtener una autorización previa de PHP antes de surtir su receta para este medicamento. Sin la autorización previa, PHP podría no cubrir este medicamento.
QL	Restricción de límite de cantidad	PHP limita la cantidad de este medicamento que está cubierto por receta o dentro de un marco de tiempo específico.
ST	Restricción de terapia progresiva	Antes de que PHP provea cobertura para este medicamento, usted primero debe probar otro(s) medicamento(s) para tratar su condición médica. Este medicamento solo podría estar cubierto si el medicamento no funciona para usted.
Otros requisitos especiales de cobertura		
LA	Medicamento de acceso limitado	Esta receta podría estar disponible solo en ciertas farmacias. Para más información consulte su Directorio de Farmacias o llame al Servicio al Cliente de Farmacia al (888) 436-5018, 24 horas al día, siete días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 711.

Costo compartido de precio de lista estándar por nivel

Nivel	Suministro de un mes (30 días)	Suministro de tres meses (100 días)
Nivel 1 (Genérico)	15% coseguro	15% coseguro
Nivel 2 (Marca de preferencia)	15% coseguro	15% coseguro
Nivel 3 (Marca de no preferencia)	25% coseguro	25% coseguro
Nivel 4 (Nivel especializado)	25% coseguro	25% coseguro
Nivel 5 (Ciertos medicamentos de atención médica)	Usted no paga nada	Usted no paga nada

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes, \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicio al Cliente de Farmacia para obtener más información.

Abreviaciones de concentración y manera de dosis

Abreviación	Descripción
8 hr	8 horas
12 hr	12 horas
24 hr	24 horas
72 hr	72 horas
act	activado
aero	aerosol
admin	administración
ampul	ampolla
app	aplicador
appl	aplicador
auto	automático
cap	cápsula
chew	masticable
CT	recuento

Abreviación	Descripción
comb	combo
del	retrasado
delayed	retrasado
disinteg	dispersables
disintegrat	dispersables
dose	dosis
DR	acción retardada
EC	recubrimiento entérico
emolnt	emoliente
ENFit	conector de alimentación enteral
er	liberación prolongada
ER	liberación prolongada
ext	prolongado
extnd	prolongado
extend	prolongado
gast	gástrico
HFA	hidrofluoroalcano
hi	alto
IR	liberación inmediata
liqd	líquido
loz	pastilla
lo	bajo
lozeng	pastilla
mini lozenge	pastilla miniatura
misc	misceláneos
MP	Bomba medidora
muco	moco
pak	paquete
pack	paquete
PCA	Administración controlada por el paciente
pell	píldora
pk	paquete
Powdr	polvo
pt	paciente
recon	reconstituido
rel	liberación
releas	liberación
soln	solución

Abreviación	Descripción
sprinkl	dispersable
susp	suspensión
suspen	suspensión
syring	jeringa
tab	tableta
TD	transdérmico
var	variable
w/	con

Medidores y tiras de prueba de glucosa en sangre

PHP desea brindarle los mejores productos para su cuidado de la diabetes. PHP seleccionó Abbott Diabetes Care, el fabricante de productos de marca FreeStyle y Precision, como su proveedor de suministros de pruebas diabéticas. Nosotros cubrimos los siguientes suministros de pruebas diabéticas:

- Medidores FreeStyle Lite®
- Medidores FreeStyle Freedom Lite®
- Medidores Precision Xtra®
- Tiras de prueba FreeStyle Lite®
- Tiras de prueba Precision Xtra®
- Tiras de prueba Precision Xtra® Beta Ketone

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias.....	23
Agentes Antiansiedad	24
Agentes Antidemencia	25
Agentes Antidiabetico	26
Agentes Antigota	32
Agentes Antimigraña	33
Agentes Antinausea	34
Agentes Antiparasitarios	36
Agentes Antiparkinson.....	37
Agentes Antipsicóticos.....	38
Agentes Calóricos.....	46
Agentes Cardiovasculares	47
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	60
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	60
Agentes De Trastorno De Sueño	62
Agentes Del Sistema Nervioso Central	62
Agentes Del Tracto Respiratorio	66
Agentes Dentales Y Orales.....	72
Agentes Dermatológicos	72
Agentes Gastrointestinales	77
Agentes Genitourinarios.....	81
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador.....	82
Agentes Inmunológicos	88

Agentes Oftálmicos	101
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	103
Agentes Terapeuticos Misceláneos.....	108
Agentes Vasodilatadores.....	109
Analgésicos	110
Anestésicos	114
Antagonistas De Metales Pesados	115
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	115
Antibacterianos	115
Anticonceptivos.....	124
Anticonvulsivos	134
Antidepresivos.....	140
Antifúngicos.....	144
Antihistamínicos	146
Antimicobacteriales	147
Antivirales (Sítémico)	147
Cofactores Enzimáticos/Otros	154
Dispositivos	155
Preparaciones De Reemplazo	206
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	207
Reemplazo/Modificadores De Enzima	211
Relajantes Musculares Esqueléticos	212
Vitaminas Y Minerales	212

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zytiga)	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i> (fluorouracil)	1	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	4	PA NSO
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML	4	PA NSO; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)
AXTLE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG	4	
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (Vidaza)	4	
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	4	PA NSO; 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i> (Treanda)	4	PA NSO
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (Bendeka)	4	PA NSO
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	4	PA NSO
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	4	PA NSO
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	4	PA NSO
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	1	
BIZENGRU INTRAVENOUS SOLUTION 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML)	4	PA NSO; QL (75 per 28 days)
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	1	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg</i>	3	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i> (Velcade)	3	PA NSO
BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 MG/ML	3	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	4	PA NSO; 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	4	PA NSO
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	4	PA NSO; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	4	PA NSO; LA; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	4	PA BvD
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	4	PA BvD
<i>cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml</i> (Frindovyx)	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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	1	PA BvD; ST
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	2	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	4	PA NSO; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	4	PA NSO; QL (112 per 28 days)
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg (Sprycel)	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
dasatinib oral tablet 20 mg (Sprycel)	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA NSO
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
decitabine intravenous recon soln 50 mg (Dacogen)	4	
doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml (Caelyx)	4	PA BvD
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA NSO
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	3	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	3	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	3	PA NSO

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	3	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F 40 MG/ML	4	PA NSO
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	4	PA NSO; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	4	
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	4	PA NSO
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	4	PA NSO
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg</i> (Tarceva)	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	3	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	1	
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Torpenz)	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Torpenz)	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	4	PA NSO; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	1	
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	4	PA BvD
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	2	PA BvD
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin)	1	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	4	PA NSO; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	4	PA NSO; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	4	PA NSO; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	4	
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	4	PA NSO
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
gefitinib oral tablet 250 mg (Iressa)	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG (lomustine)	3	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG (lomustine)	4	
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	4	PA NSO; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	4	PA NSO; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	4	PA NSO; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	4	PA NSO; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO
hydroxyurea oral capsule 500 mg (Hydrea)	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	4	PA NSO; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	4	PA NSO; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ifosfamide intravenous recon soln 1 gram (Ifex)	1	
ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	4	PA NSO; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	4	PA NSO
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	4	PA NSO
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	PA NSO; QL (280 per 28 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	4	PA NSO; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	4	PA NSO; 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	4	PA NSO
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	3	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	4	PA NSO; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	4	PA NSO; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	4	PA NSO; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	4	PA NSO; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	4	PA NSO; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	4	PA NSO; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	4	PA NSO; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	4	PA NSO; QL (300 per 30 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	4	PA NSO
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	4	PA NSO
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	4	
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	3	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	1	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	4	PA NSO; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	4	PA NSO; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	4	
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	4	PA NSO; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	1	
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg (Nilandron)</i>	4	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	4	PA NSO; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	4	PA NSO; 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	4	PA NSO; LA
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	4	PA NSO; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	4	PA NSO; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	4	PA NSO; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	4	PA NSO
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	4	PA NSO
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	4	PA NSO
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	4	PA NSO; 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	4	PA BvD
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	4	
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	4	
<i>pemetrexed intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i>	4	
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	4	PA NSO; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML (mercaptopurine)	4	
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	4	PA NSO; 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	4	PA NSO
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	4	PA NSO; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	4	PA NSO
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	4	
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	4	PA NSO
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	3	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	4	PA NSO; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	4	PA NSO; LA; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	4	PA NSO
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	4	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	4	PA NSO
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	3	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	4	PA NSO; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	1	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	4	
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	3	PA NSO

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg	4	
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	4	PA NSO; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	4	PA NSO
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	2	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; LA; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; LA; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	4	PA NSO; LA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml	1	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	4	PA NSO; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	4	PA NSO
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA NSO
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 50 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	3	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	4	PA NSO; QL (8 per 28 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	4	PA NSO; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	4	PA NSO; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	4	PA NSO; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
YEROVY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	4	PA NSO
YONSA ORAL TABLET 125 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	4	PA NSO
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	3	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	4	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	4	PA NSO; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	4	PA NSO
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	4	PA NSO; QL (20 per 28 days)

Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias

Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias

<i>acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1		
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	1		
<i>naloxone nasal spray,non-aerosol (Narcan) 4 mg/actuation</i>	1	QL (4 per 30 days)	
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	1		
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	3	QL (240 per 180 days)	
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (336 per 365 days)	
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	1	QL (336 per 365 days)	
<i>varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	1		
Agentes Antiansiedad			
Benzodiacepinas			
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	(Xanax)	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	(Xanax)	1	QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>		1	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	(Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	(Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>		1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg</i>		1	QL (300 per 30 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	1	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	(diazepam) 1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	(Valium) 1	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concnet</i>	(Lorazepam Intensol) 1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i>	(Ativan) 1	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i>	(Ativan) 1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i>	(Ativan) 3	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	(lorazepam) 1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	(Ativan) 1	QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	(Ativan) 1	QL (150 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg</i>	(Restoril) 1	QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	(Restoril) 1	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>		QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i>	(Halcion) 1	QL (60 per 30 days)

Agentes Antidemencia

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
Agentes Antidemencia		
donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg (Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg	1	
donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg	1	QL (30 per 30 days)
ergoloid oral tablet 1 mg	1	
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg	1	QL (30 per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml	1	QL (200 per 30 days)
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	1	QL (60 per 30 days)
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg	1	ST; QL (30 per 30 days)
memantine oral capsule,sprinkle,er (Namenda XR) 24hr 7 mg	1	ST; QL (30 per 30 days)
memantine oral solution 2 mg/ml	1	QL (300 per 30 days)
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	1	QL (60 per 30 days)
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	1	
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour (Exelon Patch)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Precose)	1	
FAXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	2	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	2	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	2	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	2	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	2	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	2	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	2	QL (30 per 30 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i>	1	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	5	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	5	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	5	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	5	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	5	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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	4	PA; 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	2	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	5	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)	2	PA; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	5	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus MET)	1	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	5	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	5	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	2	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	2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	2	QL (30 per 30 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)	
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> <i>subcutaneous insulin pen 100</i> <i>unit/ml (70-30)</i>	(Novolog Mix 70-30FlexPen U-100)	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> <i>subcutaneous solution 100 unit/ml</i> <i>(70-30)</i>	(Novolog Mix 70-30 U-100 Insulin)	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> <i>cartridge 100 unit/ml</i>	(Novolog PenFill U-100 Insulin)	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> <i>insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	(Novolog FlexPen U-100 Insulin)	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> <i>solution 100 unit/ml</i>	(Novolog U-100 Insulin aspart)	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine)	2	max \$35 copay per month supply
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine)	2	max \$35 copay per month supply
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)		2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)		2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine-yfgn) 2	max \$35 copay per month supply
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine-yfgn) 2	max \$35 copay per month supply
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine u-300 conc) 2	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) 2	max \$35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin degludec) 2	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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML) (insulin degludec)	2	max \$35 copay per month supply
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin degludec)	2	max \$35 copay per month supply
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	5	QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	5	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	5	QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 2.5 mg	5	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	5	QL (240 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg (Glucotrol XL)	5	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg (Glucotrol XL)	5	QL (30 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg	5	QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	5	QL (120 per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg	5	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg	5	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg	5	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, suv</i> (Imitrex STATdose Pen)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	3	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	1	QL (5 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	2	PA; QL (16 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	1	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	1	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	1	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	1	
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	1	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Phenergan)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine rectal suppository 25 mg</i> (Promethegan)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>promethegan rectal suppository</i> 12.5 mg, 25 mg	(promethazine) 1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	(Transderm-Scop) 1	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)

Agentes Antiparasitarios

Agentes Antiparasitarios

<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	4	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	(Mepron) 1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i>	(Malarone) 1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i>	(Malarone Pediatric) 1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG</i>	3	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	(Plaquinil) 1	QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i>	(Sovuna) 1	QL (60 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG</i>	4	PA; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	(Stromectol) 1	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	(Alinia) 4	QL (60 per 30 days)
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i>	(Humatin) 1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>pentamidine inhalation recon soln</i> (Nebupent) 300 mg	1	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln</i> (Pentam) 300 mg	1	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i> (Biltricide)	1	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	3	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	4	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	1	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	

Agentes Antiparkinson

Agentes Antiparkinson

<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	1	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10- 100 mg</i> (Sinemet)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25- 100 mg</i> (Dhivy)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25- 250 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50- 200 mg</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	1	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	4	PA; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	4	PA
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Azilect)</i>	1	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	4	PA; QL (560 per 28 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	4	QL (2.4 per 42 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ABILITY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	4	QL (3.2 per 42 days)
ABILITY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	4	QL (1 per 26 days)
ABILITY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	4	QL (1 per 26 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	1	
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	4	QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	4	QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	4	QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	4	QL (2.4 per 14 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRINGE 882 MG/3.2 ML	4	QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Saphris)	1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Clozaril)	1	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	1	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	1	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	4	ST
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	4	QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	4	QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	4	QL (1.5 per 21 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML	4	QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	4	QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	4	QL (0.5 per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)- 6MG(2)	3	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol decanoate (Haldol Decanoate) intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	4	QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	4	QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	4	QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	4	QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	4	QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	2	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	4	QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	4	QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	4	QL (1.32 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	4	QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	4	QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg (Latuda)</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg (Latuda)</i>	1	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	1	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	4	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg (Zyprexa)</i>	1	
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg (Zyprexa Zydis)</i>	1	
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg (Invega)</i>	1	QL (30 per 30 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg (Invega)</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG</i>	4	QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vl outer 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg (Seroquel)</i>	1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg (Seroquel XR)</i>	1	
<i>REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG</i>	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres (Risperdal Consta) intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml</i>	1	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres (Rykindo) intramuscular suspension,extended rel recon 25 mg/2 ml</i>	1	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres (Rykindo) intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	4	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml (Risperdal)</i>	1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	4	QL (2 per 28 days) ST; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	4	QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	4	QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	4	QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	4	QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	4	QL (0.7 per 56 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	4	QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	4	QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	ST; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	3	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, (Geodon) 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>ziprasidone mesylate (Geodon) intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	1	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	3	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	4	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	4	QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	3	PA BvD

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	3	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	3	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	3	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	3	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	1	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	3	PA BvD

Agentes Cardiovasculares

Agentes Alfa-Adrenérgicos

<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-1)	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	1	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	1	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	4	PA; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	1	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	2	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	1	
<i>propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i>	1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	(diltiazem hcl)	1
<i>diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage</i>	(Tiadylt ER)	1
<i>diltiazem 24hr er 420 mg cap</i>	(Tiadylt ER)	1
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	(Tiadylt ER)	1
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i>	(Tiadylt ER)	1
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	(Cartia XT)	1
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	(Cardizem)	1
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>		1
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	(diltiazem hcl)	1
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	(diltiazem hcl)	1
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	(diltiazem hcl)	1
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		1
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>		3

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	1	
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	1	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	2	QL (600 per 30 days)
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	1	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (Lanoxin) (0.0625 mg)</i>	1	
<i>epinephrine injection auto-injector (Auvi-Q) 0.15 mg/0.15 ml</i>	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector (EpiPen Jr) 0.15 mg/0.3 ml</i>	1	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i>	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector (Auvi-Q) 0.3 mg/0.3 ml</i>	1	QL (4 per 30 days)
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	4	PA; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	4	
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina II		
candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	5	
candesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	1	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	2	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG	2	QL (240 per 30 days)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	5	
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	5	
losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	5	
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	5	
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg	5	
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide 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	1	
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	5	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	5	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	1	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	5	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	5	
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	5	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	5	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	5	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	5	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i> (Exforge HCT)	1	
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL)	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet (Caduet) 10-10 mg, 5-10 mg</i>	1	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet (Caduet) 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>	1	
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg (Lipitor)</i>	5	QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	1	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i>	1	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg (WelChol)</i>	1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram (Colestid)</i>	1	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg (Zetia)</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet (Vytorin 10-10) 10-10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet (Vytorin 10-20) 10-20 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet (Vytorin 10-40) 10-40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet (Vytorin 10-80) 10-80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	1	
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i>	1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	5	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	2	ST; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	1	ST; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	5	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	5	QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	1	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	2	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	2	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	2	ST; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	5	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	5	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	5	QL (30 per 30 days)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg (Lasix)</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, (Aldactone) 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>spironolactone-hydrochlorothiazide oral tablet 25-25 mg</i>	1	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazide oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazide oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg (Lotensin)</i>	5	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	5	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg (Lotensin HCT)</i>	5	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	5	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	5	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	5	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	5	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	5	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	5	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	5	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	5	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	5	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	5	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	5	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	5	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	5	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	5	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	1	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	1	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspira)	1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	2	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg</i> (Isordil)	1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradose)	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (nitroglycerin)	1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	1	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Lotronex)</i>	1	
<i>balsalazide oral capsule 750 mg (Colazal)</i>	1	
<i>budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg</i>	1	
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation (Uceris)</i>	1	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i>	1	
<i>mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram</i>	1	
<i>mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg (Azulfidine)</i>	1	
<i>sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	3	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	1	QL (300 per 28 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg (Fosamax)</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	1	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg (Sensipar)</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg (Sensipar)</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	1	QL (1 per 28 days)
<i>NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE</i>	4	PA; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg (Zemplar)</i>	1	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	1	
<i>PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML</i>	3	QL (1 per 180 days)
<i>RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	4	PA; QL (2.48 per 28 days)
<i>TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)</i>	4	PA; QL (1.56 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	4	PA
Agentes De Trastorno De Sueño		
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	1	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	4	PA; LA; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i> (Ambien CR)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera)	1	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	1	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	4	PA; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	4	PA; 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	4	PA; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	4	PA; 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)	4	PA
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	4	PA; QL (15 per 30 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended (Ampyra) release 12 hr 10 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine (Adderall XR) oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine (Adderall XR) oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine (Adderall) oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg</i> (Tecfidera)	4	PA; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i> (Tecfidera)	4	PA
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg</i> (Tecfidera)	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i> fingolimod oral capsule 0.5 mg</i> (Gilenya)	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i> glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Glatopa)	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i> glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Glatopa)	4	PA; QL (12 per 28 days)
<i> glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (glatiramer)	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i> glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (glatiramer)	4	PA; QL (12 per 28 days)
<i> guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Intuniv ER)	1	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	4	PA
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	4	PA; QL (1.2 per 28 days)
<i> lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg (Lithobid)</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	1	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	4	PA; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	2	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	4	PA

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml</i> (Methylin)	1	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	1	QL (90 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	4	PA; QL (20 per 180 days)
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION 920 MG-23,000 UNIT/23 ML	4	PA; QL (23 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	4	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	4	PA
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	1	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	2	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	2	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i> (Xenazine)	4	PA; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	4	PA; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	1	PA BvD
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	4	PA; QL (90 per 30 days)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	4	QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml	1	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	4	PA; LA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA; LA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	4	PA; LA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	4	PA; LA; QL (0.4 per 28 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)	
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	4	PA; QL (112 per 28 days)	
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	4	PA; QL (270 per 30 days)	
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	4	PA; QL (270 per 30 days)	
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	4	PA; QL (90 per 30 days)	
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	4	PA; QL (90 per 30 days)	
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	1	QL (28 per 28 days)	
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	1	QL (30 per 30 days)	
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 45 MG (2 PACK), 60 MG, 60 MG (2 PACK)	4	PA; QL (1 per 21 days)	
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	4	PA	
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	4	PA	
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	4	PA	
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	(fluticasone propion-salmeterol)	2	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION		2	QL (32.1 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	2	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
<i>breyna inhalation hfa aerosol</i> (budesonide-formoterol) <i>inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	1	QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension</i> (Pulmicort) <i>for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	1	QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	1	QL (21.2 per 30 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>fluticasone propion-salmeterol (Wixela Inhub) inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation blister (fluticasone propion-with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	1	QL (60 per 30 days)
Antileucotriinos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg (Singulair)</i>	1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg (Singulair)</i>	1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg (Accolate)</i>	1	
Broncodilatadores		
<i>AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION</i>	2	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa (Ventolin HFA) aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	1	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa (nda020503) aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	1	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa (nda020983) aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	1	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	PA BvD
<i>ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION</i>	2	QL (60 per 30 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	3	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	2	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	2	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA BvD
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 28 days)
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i> (Spiriva with HandiHaler)	1	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	2	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	1	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Periogard)	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i> (PreviDent)	1	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	1	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i> (Denta 5000 Plus Sensitive)	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Kourzeq)	1	
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented (Diprolene topical ointment 0.05 % (augmented))</i>	1	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 % (Clobex)</i>	1	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 % (Clobex)</i>	1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol-emollient topical foam (Olux-E) 0.05 %</i>	1	
<i>EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %</i>	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 % (Synalar)</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical cream 0.1 %</i> (Vanos)	1	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	1	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	1	QL (100 per 30 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>protozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %, 0.5 %</i> (Triderm)	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i> (Trianex)	1	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (AmLactin)	1	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	1	QL (24 per 30 days)
ISOPROPYL ALCOHOL TOPICAL SWAB 70 %	1	
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	2	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg</i>	4	
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	4	QL (60 per 28 days)
<i>podoftilox topical solution 0.5 %</i>	1	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	3	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	4	PA NSO
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	1	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i>	1	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	1	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	1	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	QL (220 per 30 days)
<i>neuac topical gel 1.2 %(1 % base) - 5 %</i> (clindamycin-benzoyl peroxide)	1	
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	1	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	1	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	3	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	1	QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	1	
<i>ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %</i>	3	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	1	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	1	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	1	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	1	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	1	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	(Acid Controller)	1
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	(Pepcid)	1
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i>	(Acid Reducer (lansoprazole))	1
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	(Prevacid)	1
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	(Cytotec)	1
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	(Protonix)	1
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i>	(Protonix)	1
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	(AcipHex)	1
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	(Carafate)	1
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	(Carbaglu)	4
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	(lactulose)	1

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml (Gastrocrom)	1	
dicyclomine oral capsule 10 mg	1	
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml	1	
dicyclomine oral tablet 20 mg	1	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg (Lomotil)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
enulose oral solution 10 gram/15 ml (lactulose)	1	
generlac oral solution 10 gram/15 ml (lactulose)	1	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg (Robinul)	1	
glycopyrrolate oral tablet 2 mg (Robinul Forte)	1	
kionex (with sorbitol) oral suspension 15-19.3 gram/60 ml, 15-20 gram/60 ml	1	
lactulose oral solution 10 gram/15 ml (Constulose)	1	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	2	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	2	
loperamide oral capsule 2 mg (Anti-Diarrheal (loperamide))	1	
lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg (Amitiza)	1	QL (60 per 30 days)
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml	1	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg (Reglan)	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	2	QL (30 per 30 days)
sodium polystyrene sulfonate oral powder	1	
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	1	
ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg (Reltone)	4	
ursodiol oral capsule 300 mg	1	
ursodiol oral tablet 250 mg	1	
ursodiol oral tablet 500 mg (URSO Forte)	1	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	2	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	4	PA; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg	1	
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg	1	
sevelamer carbonate oral powder (Renvela) in packet 0.8 gram, 2.4 gram	1	
sevelamer carbonate oral tablet (Renvela) 800 mg	1	
sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg	1	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	2	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	1	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	1	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	1	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (GaviLyte-G)	1	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i> (GaviLyte-N)	1	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	2	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> 2 pack (480ml)	1	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188-0.225 GRAM	2	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	1	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	1	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG <i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg (Vesicare)</i>	1	
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>trospium oral capsule,extended release 24hr 60 mg</i>	1	
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	1	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Mo- dificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, (Euthyrox) 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg (Levo-T)</i>	1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 (Cytomel) mcg, 50 mcg</i>	1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	1	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	1	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	1	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	2	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Dotti)	1	PA-HRM; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Climara)	1	PA-HRM; QL (4 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvafem)	1	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i> (Mimvey)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG</i>	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>PREMARIN ORAL TABLET 0.625 MG, 1.25 MG</i> (conjugated estrogens)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM</i>	2	
<i>PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)</i>	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG</i>	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	1	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	1	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoïdes		

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, (Cortef) 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate (Depo-Medrol) injection suspension 40 mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i>	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate (Pediapred) oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA BvD

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	1	
<i>triamicinolone acetonide injection (Kenalog) suspension 40 mg/ml</i>	1	
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	4	PA; QL (35 per 28 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML	4	PA; QL (15 per 30 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 UNIT/ML	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg (DDAVP)</i>	1	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA
<i>lanreotide subcutaneous syringe (Somatuline Depot) 120 mg/0.5 ml</i>	4	PA NSO; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	4	PA NSO
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	4	PA
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	4	PA
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	4	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	1	
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	4	PA NSO
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	4	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	4	PA; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	4	PA NSO; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	4	PA NSO; 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	4	PA
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	2	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i> (norethindrone acetate)	1	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Gallifrey)	1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	1	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	4	PA

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	4	PA
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	4	PA
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	4	PA
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG	3	PA BvD
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG	4	PA BvD
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	1	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	1	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	4	PA; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	4	PA; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	4	PA NSO; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	4	PA
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	4	PA

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	4	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	4	PA
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	4	PA
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) 250 mg/5 ml	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) 100 mg, 25 mg	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> 50 mg	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	1	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule</i> 100 mg, (Sandimmune) 25 mg	1	PA BvD
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	4	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	4	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	4	PA

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	4	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	4	PA
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	4	PA BvD
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	4	PA BvD
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	1	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	1	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; 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	4	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	4	PA; 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	4	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	4	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	4	PA; 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	4	PA; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i> (Remicade)	4	PA
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	4	PA
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	1	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i> (CellCept Intravenous)	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> (CellCept)	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i> (CellCept)	4	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i> (CellCept)	1	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i> (Myfortic)	1	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	4	PA BvD
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	4	PA
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	4	PA
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	4	PA
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	4	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)- 30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)- 30 MG(19)	4	PA
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	3	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	3	PA BvD
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	3	ST
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	4	PA; QL (360 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	4	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	4	PA
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	4	PA
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg (Prograf)</i>	1	PA BvD
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	4	PA; 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	4	PA
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	4	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	4	PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	4	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	4	PA
Vacunas		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	2	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	2	\$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	2	\$0 copay

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG	2	\$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	2	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	\$0 copay
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	2	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	2	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	2	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	2	PA BvD; \$0 copay

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	2	\$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	2	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	2	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	2	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	2	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	2	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	2	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25- 58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	2	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40- 8-32 UNIT/0.5 ML	2	\$0 copay
IXCHIQ (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	2	\$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	2	\$0 copay

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	2	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	2	\$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	2	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	2	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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	2	
PREHEVBRIOD (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	2	PA BvD; \$0 copay
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2-3.3CCID50/0.5ML	2	\$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3-3.99 TCID50/0.5	2	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	2	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	2	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	2	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	2	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	2	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	2	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	2	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	2	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML (tetanus-diphtheria toxoids-td)	2	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	2	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	2	\$0 copay
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	2	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	2	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	2	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (typhoid vi polysacch vaccine)	2	\$0 copay

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	2	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	2	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	2	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	2	\$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	2	\$0 copay
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	2	\$0 copay
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	2	\$0 copay

Agentes Oftálmicos

Agentes Antiglaucoma

<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	1	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %</i>	1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	1	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	1	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	1	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops (Xalatan) 0.005 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %</i>	2	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	
<i>RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %</i>	2	QL (2.5 per 25 days)
<i>ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %</i>	2	QL (2.5 per 25 days)
<i>SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %</i>	2	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	3	QL (5 per 30 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	1	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	1	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	1	QL (3.5 per 4 days)
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	1	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	1	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	3	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	(neomycin-bacitracin-poly-hc)	1
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(neomycin-bacitracin-polymyxin)	1
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Ocuflax)	1

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
bromfenac ophthalmic (eye) drops (BromSite) 0.075 %	1	
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %	1	
cyclosporine ophthalmic (eye) (Restasis) dropperette 0.05 %	1	QL (60 per 30 days)
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %	1	
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %	1	
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 % (Durezol)	1	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	2	QL (8.3 per 14 days)
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)	1	QL (50 per 25 days)
fluocinolone acetonide oil otic (ear) (DermOtic Oil) drops 0.01 %	1	
fluorometholone ophthalmic (eye) (FML Liquifilm) drops,suspension 0.1 %	3	
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %	1	
fluticasone propionate nasal (24 Hour Allergy spray,suspension 50 mcg/actuation Relief)	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	2	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	2	QL (5.6 per 14 days)
ketorolac ophthalmic (eye) drops (Acular) 0.5 %	1	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	2	QL (3.5 per 14 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	2	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic</i> (Lotemax) (eye) drops,gel 0.5 %	1	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic</i> (Alrex) (eye) drops,suspension 0.2 %	1	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic</i> (Lotemax) (eye) drops,suspension 0.5 %	1	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol</i> 50 mcg/actuation (Allergy Nasal (mometasone))	1	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic</i> (Pred Forte) (eye) drops,suspension 1 %	3	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	2	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>atropine ophthalmic</i> (eye) drops 1 % (Isopto Atropine)	1	
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol</i> 137 mcg (0.1 %)	1	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol</i> 205.5 mcg (0.15 %) (Astupro Allergy)	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic</i> (eye) drops 0.05 %	1	
<i>cromolyn ophthalmic</i> (eye) drops 4 %	1	
<i>epinastine ophthalmic</i> (eye) drops 0.05 %	1	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol</i> 21 mcg (0.03 %)	1	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol</i> 42 mcg (0.06 %)	1	QL (15 per 10 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Eye Allergy Itch-Redness Relf)	1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Eye Allergy Itch Relief)	1	
Agentes Terapeuticos		
Misceláneos		
Agentes Terapeuticos		
Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	4	PA
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	4	PA
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	1	
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i> (Endari)	4	PA; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	2	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	2	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML	2	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i> (Mesnex)	4	
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i> (Rectiv)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	1	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	2	QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	4	PA; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	2	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	2	
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	4	PA; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	4	PA; LA; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	1	PA; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (Cialis)	1	PA

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	4	PA; 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	4	PA; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	4	PA; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	4	PA
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroides		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 (Celebrex) mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	1	QL (300 per 30 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Arthritis Pain (diclofenac))	1	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i>	4	PA; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg</i>	1	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg</i>	1	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	1	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>ibu oral tablet 400 mg</i> (ibuprofen)	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i> (IBU)	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	1	PA-HRM; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	
<i>naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg</i>	1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i> (Butrans)	1	QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg</i> (Fioricet)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i> (Esgic)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	1	QL (360 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg (oxycodone-acetaminophen)</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	4	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg (Dilaudid)</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>MORPHINE ORAL TABLET 15 MG</i>	3	QL (180 per 30 days)
<i>MORPHINE ORAL TABLET 30 MG</i>	3	QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg (MS Contin)</i>	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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>dermacinrx lidocan 5% patch outer</i> (lidocaine)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	1	PA; QL (240 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	1	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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (lidocaine)	1	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	2	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	4	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu)	1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	4	PA
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	4	PA; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	4	PA; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	1	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	4	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	4	QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl (Tobi) inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	4	PA BvD
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i>	1	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i>	4	
<i>daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg</i>	4	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i>	(Zyvox)	1
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	(Zyvox)	4
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	(Zyvox)	1
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>		1
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	(Metro I.V.)	1
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		1
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	(Macrobid)	1
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>		1
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>		1
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	(Vancocin)	1
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	(Vancocin)	1
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		2
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		4
Antibióticos B-Lactam		
Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	(Azactam)	1
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML		4
PA; LA		

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous (Primaxin IV) recon soln 500 mg</i>	1	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	1	
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	1	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	1	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>tazicef injection recon soln 1 gram, (ceftazidime) 2 gram, 6 gram</i>	1	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	4	
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg (Zithromax)</i>	1	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml (Zithromax)</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, (Zithromax) 500 mg</i>	1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i>	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	3	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	3	
LETOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	3	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	1	
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i>	1	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	1	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i> (Avelox in NaCl (iso-osmotic))	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclacycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	1	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i> (Morgidox)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg</i> (Acticlate)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i> (Targadox)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxyne NL)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg</i> (Mondoxyne NL)	1	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	4	
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 (desog-e.estradiol/e.estradiol) mgx21 /0.01 mg x 5	1	
blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
camila oral tablet 0.35 mg (norethindrone (contraceptive))	1	
chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg- mcg (norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg (norethindrone-ethin estradiol)	1	
cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	1	
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg (norethindrone-ethin estradiol)	1	
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (Azurette (28))	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Aprí)	1	
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>estarrylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Kelnor 1/35 (28))	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i> (Kelnor 1/50 (28))	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (EluRyng)	1	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estriadiol-iron)	1	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estriadiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estriadiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estriadiol-iron)	1	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>juleuber oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 (desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg (ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg (ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG	3	
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>larissa oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i> (Balcoltra)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Altavera (28))	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)</i> (Amethyst (28))	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (Iclevia)	1	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (Enpresse)	1	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG	2	
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>lyeq oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG		3	
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG		2	
<i>norelgestromin-ethin.estriadiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(Xulane)	1	QL (3 per 28 days)
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	(Camila)	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1-20 (28))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (28)</i> (7) (Aurovela Fe 1.5/30 (28))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Tilia Fe)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (Tri-Lo-Estarrylla)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (Tri-Estarrylla)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarrylla)	1	
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	1	
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg (norethindrone-ethin estradiol)</i>	1	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg (levonorgestrel-ethinyl estrad)</i>	1	
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg (norgestimate-ethinyl estradiol)</i>	1	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg (desogestrel-ethinyl estradiol)</i>	1	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91) (levonorgestrel-ethinyl estrad)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg (norethindrone (contraceptive))</i>	1	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 (desog-e.estradiol/e.estradiol)</i>	1	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG	3	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg (norgestimate-ethinyl estradiol)</i>	1	
<i>sonyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg (levonorgestrel-ethinyl estrad)</i>	1	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) (norethindrone-e.estradiol-iron)</i>	1	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estradiol-iron)</i>	1	
<i>tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) (norethindrone-1mg-35mcg (9) (norethindrone-e.estradiol-iron)</i>	1	
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) (norgestimate-ethinyl estradiol)</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>tri-estarrylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-lo-estarrylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	1
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1
<i>valtya oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 (desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 (desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr (norelgestromin-ethin.estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr (norelgestromin-ethin.estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg (ethynodiol diac-eth estradiol)	1	

Anticonvulsivos

Anticonvulsivos			
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)	
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)	
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	2	QL (80 per 30 days)	
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	2	QL (600 per 30 days)	
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	2	QL (60 per 30 days)	
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg (Carbatrol)	1		
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml (Tegretol)	1		
carbamazepine oral tablet 200 mg (Epitol)	1		

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	1	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg (Onfi)</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG</i>	4	PA NSO; QL (360 per 30 days)
<i>DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG</i>	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG</i>	4	PA NSO; QL (360 per 30 days)
<i>DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG</i>	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	3	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML</i>	4	PA NSO
<i>epitol oral tablet 200 mg (carbamazepine)</i>	1	
<i>EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML</i>	3	ST
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg (Zarontin)</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	1	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	4	PA NSO
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> (Cerebyx)	1	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	4	ST; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
<i> gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
<i> gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	QL (270 per 30 days)
<i> gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	1	QL (2160 per 30 days)
<i> gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	1	QL (180 per 30 days)
<i> gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	1	QL (120 per 30 days)
<i> lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	1	QL (200 per 5 days)
<i> lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	1	QL (1200 per 30 days)
<i> lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	1	QL (60 per 30 days)
<i> lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	1	
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	1	
<i>levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg</i> (Spritam)	1	ST
<i>LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG</i>	3	QL (10 per 30 days)
<i>methylsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	1	
<i>NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)</i>	3	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	1	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG</i> (phenytoin sodium extended)	3	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	1	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	1	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	1	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	1	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	1	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	4	ST
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	1	ST
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	4	ST
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA BvD
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 500 MG, 750 MG	3	ST
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG (levetiracetam)	3	ST

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg (lamotrigine)</i>	1	
<i>SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG</i>	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg (Topamax)</i>	1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg</i>	1	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Topamax)</i>	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>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)</i>	4	QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg (Vigadron)</i>	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg (Vigadron)</i>	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigadron oral powder in packet 500 mg (vigabatrin)</i>	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigadron oral tablet 500 mg (vigabatrin)</i>	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg (vigabatrin)</i>	4	PA NSO; 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	3	ST; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	3	ST; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	3	ST
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	3	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, (Zonegran) 25 mg</i>	1	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	PA NSO; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	4	ST
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa)	1	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	1	
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	3	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution</i> <i>5 mg/5 ml</i>	1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10</i> (Lexapro) <i>mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	3	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20</i> (Prozac) <i>mg, 40 mg</i>	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5</i> <i>ml (4 mg/ml)</i>	1	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25</i> <i>mg, 50 mg</i>	1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg,</i> <i>25 mg, 50 mg</i>	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	3	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30</i> (Remeron) <i>mg</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5</i> <i>mg</i>	1	
<i>mirtazapine oral</i> (Remeron SolTab) <i>tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg,</i> <i>45 mg</i>	1	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg,</i> <i>150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> (Paxil CR)	1	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	1	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	1	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	1	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	
<i>SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)</i>	4	PA NSO
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	1	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG</i>	2	QL (30 per 30 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	1	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	4	PA NSO; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	4	PA NSO; QL (14 per 14 days)
Antifúngicos		
Antifúngicos		
<i>ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML</i>	3	PA BvD
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (AmBisome)	4	PA BvD
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	1	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	1	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> (Loprox (as olamine))	1	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	1	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i> (Athlete's Foot (clotrimazole))	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i>	1	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i> (Diflucan)	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Diflucan)	1	
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	4	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 165 mg</i> (Fulvicin P/G)	1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	1	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i> (Mycamine)	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	1	
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram (nystatin)</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	1	
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram (Nyamyc)</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	1	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram (nystatin)</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg (Noxafil)</i>	4	PA
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg (Vfend IV)</i>	4	PA BvD
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	4	PA
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>voriconazole oral tablet 50 mg (Vfend)</i>	1	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg (24HR Allergy Relief)</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	3	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	1	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg (Rifadin)</i>	1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	4	PA
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	3	
Antivirales (Sítémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml (Ziagen)</i>	1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	1	
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) (cabotegravir)	4	QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	4	
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	1	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg (Reyataz)</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	4	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	4	
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	4	QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i>	4	QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	4	
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	4	
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista)	4	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	4	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	4	
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	1	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	4	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	4	
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	4	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	4	
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	4	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	1	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i> (Truvada)	4	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i> (Truvada)	1	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	3	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	4	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	4	
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	4	
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	4	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	4	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	3	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	4	
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	4	
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	4	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	2	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	4	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	1	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	3	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	1	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	1	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	1	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	4	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	3	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	3	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	4	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	4	
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	4	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	4	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	3	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	4	
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	4	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg (Norvir)</i>	1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	4	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	4	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	2	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	4	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	4	
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	4	
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	4	PA BvD

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	4	
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	4	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	3	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	4	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	4	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	4	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	3	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	4	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	4	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	4	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	4	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	4	
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	3	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	1	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	
Antivirales Hcv		

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (sofosbuvir-velpatasvir)	4	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (ledipasvir-sofosbuvir)	4	PA; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	4	PA
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	1	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG	1	\$0 copay until 2/28/25; QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	1	\$0 copay until 2/28/25; QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	4	PA; 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	3	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)	4	
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	4	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	4	PA
Nucleósidos Y Nucleótidos		
acyclovir oral capsule 200 mg	1	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml (Zovirax)	1	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	1	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	1	PA BvD
adefovir oral tablet 10 mg (Hepsera)	1	
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Baraclude)	1	
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	1	
ribavirin oral tablet 200 mg	1	
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg (Valtrex)	1	
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml (Valcyte)	4	
valganciclovir oral tablet 450 mg (Valcyte)	1	
Cofactores		
Enzimáticos/Otros		

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
Cofactores Enzimáticos/Otros			
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	4	PA; 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
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 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM 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" u-100)	(insulin syringe-needle	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	(insulin syringe-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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 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
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 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"	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
AQ INSULIN SYR 1 ML 31G 8MM (Advocate Syringes) (RX) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
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 (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" 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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
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
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 SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin u-500 syringe-needle)	1	PA; ST
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 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" (insulin syringe-needle u-100)	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" (insulin syringe-needle u-100)	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 SYR UF 1 ML 8MMX31G 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML	(insulin syringe needleless)	1	PA; ST
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	(Easy Touch Luer Lock Insulin)	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
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 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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
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
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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
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
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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST	
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST	
CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	(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
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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM (pen needle, diabetic) 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM (pen needle, diabetic) 33G 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM (pen needle, diabetic) 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM (pen needle, diabetic) 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM (pen needle, diabetic) 33G 33 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM (pen needle, diabetic) 33G 33 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM (pen needle, diabetic) 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/16"	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 (pen needle, diabetic, 4MM 31 GAUGE X 5/32" safety)	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
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
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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	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
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY) (gauze bandage) 2 X 2 "	1	PA; ST
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, (gauze bandage) USP TYPE VII 2 X 2 "	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
DROPLET INS SYR 1 ML 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(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 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(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
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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/16"	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
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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	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"	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
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"	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
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 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
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
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
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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	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
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 (insulin syringe ML needleless)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16 31 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
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
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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM (pen needle, diabetic) 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM (pen needle, diabetic) 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST	
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST	
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30	(Ultra Comfort 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
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 31	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
GAUGE X 5/16"			
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	2	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	2	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) (UltiCare Insulin 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
Syr(half unit))		
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (Comfort EZ Insulin (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
Syringe)		
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (Comfort EZ Insulin (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
Syringe)		
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (Comfort EZ Insulin SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
Syringe)		
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" (Advocate Syringes) SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" (Easy Touch Insulin OUTER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
Syringe)		
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"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	1 PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE		1 PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" (Easy Touch Insulin INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
Syringe)		
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(BD SafetyGlide Syringe)	1 PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28GX1/2" (Comfort EZ Insulin (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
Syringe)		
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (BD Eclipse Luer-Lok) (RX) 1 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	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
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 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 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 1 ML 29 GAUGE X 1/2" 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
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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	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
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 u-100 (insulin syringe-needle)	1	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" u-100 (insulin syringe-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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
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
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 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"		1	PA; ST
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		2	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		2	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)		2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		2	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)		2	QL (1 per 365 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	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"	1	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4" (1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRLSHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1 PA; ST
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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST	
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 0.5 ML SYR 1/2 ML 29	(Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"		1	PA; ST
RELION MINI PEN 31G X 1/4" NDL 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G (pen needle, diabetic, 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
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"	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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
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
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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML (insulin syringe-needle 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML u-100) 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML (insulin syringe-needle 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML u-100) 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 (insulin syringe-needle ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML (insulin syringe-needle 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 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 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
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
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 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (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" (pen needle, diabetic)	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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 (insulin syringe-needle ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 u-100) GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"	1	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT (insulin syringe-needle SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", u-100) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
TRUE CMFR PRO 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFR PRO 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFR PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" 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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
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
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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
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
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 COMFR SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFR SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
TRUE COMFR 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 1/4"	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 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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
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
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 (insulin syringe-needle 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML u-100) 30 GAUGE X 5/16", 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	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	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
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
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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites	
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" 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
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 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 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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	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" (insulin syringe-needle 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" 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.

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	PA; ST
V-GO 20 DEVICE	2	QL (30 per 30 days)
V-GO 30 DEVICE	2	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 DEVICE	2	QL (30 per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE (alcohol swabs)	1	PA; ST

Preparaciones De Reemplazo

Preparaciones De Reemplazo

<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	1	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	1	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	1	
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>	3	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>	1	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1	PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	1	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	1	
Productos		
Sanguíneos/Modificadores/		
Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg (warfarin)</i>	1	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg (Jantoven)</i>	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	2	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	2	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	2	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	2	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	1	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	2	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg (Plavix)</i>	1	
<i>dipyridamole oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	1	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg (Effient)</i>	1	QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	4	PA; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	4	PA; QL (20 per 30 days)
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	4	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	4	PA
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	4	PA; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	4	PA; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	4	PA; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	2	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	2	PA; QL (4 per 28 days)

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
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	2	
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg (sapropterin)</i>	4	PA
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg (Orfadin)</i>	4	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	4	PA
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	4	PA BvD
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg (Javygtor)</i>	4	PA
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	4	PA; LA

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	2	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg (Dantrium)</i>	1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg (Zanaflex)</i>	1	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1- 430 mg</i>	1	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg	1	
completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg	1	
folivane-ob capsule 85-1 mg	1	
kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg	1	
marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg	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	1	
mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg	1	
mynatal oral tablet 90-1-50 mg	1	
mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg	1	
mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg	1	
mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg	1	
newgen tablet 32-1,000 mg-mcg	1	
niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg	1	
obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe	1	
obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron- 1 mg -50 mg	1	
o-cal prenatal oral tablet 15 mg iron- 1,000 mcg	1	
pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	1	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron- 1 mg -430 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	1	
<i>prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i>	1	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	1	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	1	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	1	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	1	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg</i> (pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	1	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) (pnv,calcium 72-iron-27 mg iron- 1 mg folic acid)</i>	1	
<i>pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg</i>	1	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	1	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	1	
<i>triveen-duo dha oral combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	1	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	1	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	1	
<i>virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg</i>	1	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron-0.33 mg</i>	1	
<i>vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	1	

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

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

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

Efectivo 1 de abril de 2025
Actualizado 25 de marzo de 2025

ÍNDICE

1

- 1ST TIER UNIFINE PENTIPS 155
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 155

A

- abacavir* 147
abacavir-lamivudine 147
ABELCET 144
ABILIFY ASIMTUFII 38, 39
ABILIFY MAINTENA 39
abiraterone 3
ABOUTTIME PEN NEEDLE 155
ABRYSVO (PF) 95
acamprosate 23
acarbose 26
acebutolol 48
acetaminophen-codeine 112
acetazolamide 101
acetazolamide sodium 101
acetic acid 103
acetylcysteine 67
acitretin 75
ACTEMRA 89
ACTEMRA ACTPEN 88
ACTHAR 86
ACTHAR SELFJECT 86
ACTHIB (PF) 95
ACTIMMUNE 108
acyclovir 75, 154
acyclovir sodium 154

- ADACEL(TDAP)
ADOLESN/ADULT)(PF) 95
adapalene 77
adefovir 154
ADEMPAS 109
adrucil 3
ADVAIR HFA 68
ADVOCATE PEN NEEDLE 156
ADVOCATE SYRINGES 155, 156
afirmelle 124
AIRSUPRA 68, 70
AJOVY AUTOINJECTOR 33
AJOVY SYRINGE 33
AKEEGA 3
ala-cort 72
albendazole 36
albuterol sulfate 70
ALCOHOL PADS 156
ALCOHOL PREP PADS 178
ALCOHOL PREP SWABS 156
ALCOHOL SWABS 156
ALCOHOL WIPES 156
ALECENSA 3
alendronate 60, 61
alfuzosin 81
aliskiren 59
allopurinol 33
alosetron 60
alprazolam 24
ALREX 105
altavera (28) 124
ALTRENO 77
ALUNBRIG 3
ALVAIZ 210
alyacen 1/35 (28) 124
alyacen 7/7/7 (28) 124
ALYFTREK 67
alyq 109
amantadine hcl 37
amethyst (28) 124
amikacin 115
amiloride 56
amiloride-hydrochlorothiazide 56
amiodarone 48
amitriptyline 140
amlodipine 53
amlodipine-atorvastatin 54
amlodipine-benazepril 53
amlodipine-olmesartan 53
amlodipine-valsartan 53
amlodipine-valsartan-hcthiazid 53
ammonium lactate 75
amoxapine 140
amoxicil-clarithromy-lansopraz 77
amoxicillin 120
amoxicillin-pot clavulanate 120, 121
amphotericin b 144
amphotericin b liposome 144
ampicillin 121

<i>ampicillin sodium</i>	121	<i>atomoxetine</i>	62	<i>bal-care dha</i>	212
<i>ampicillin-sulbactam</i>	121	<i>atorvastatin</i>	54	<i>bal-care dha essential</i>	212
<i>anagrelide</i>	208	<i>atovaquone</i>	36	<i>balsalazide</i>	60
<i>anastrozole</i>	3	<i>atovaquone-proguanil</i>	36	BALVERSA	3, 4
ANKTIVA	3	<i>atropine</i>	107	BCG VACCINE, LIVE (PF)	96
ANORO ELLIPTA	70	ATROVENT HFA	71	BD ALCOHOL SWABS	159
<i>aprepitant</i>	35	<i>aubra eq</i>	124	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	158
APRETUDE	147	AUGTYRO	3	BD ECLIPSE LUER-LOK	158
<i>apri</i>	124	<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	124	BD INSULIN SYRINGE	158
APTIOM	134	<i>aurovela 1/20 (21)</i>	124	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	158
APTIVUS	147	<i>aurovela 24 fe</i>	124	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP	159
AQINJECT PEN NEEDLE	157	<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	125	BD INSULIN SYRINGE U-500	158
ARCALYST	89	<i>AUSTEDO</i>	62	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	158
AREXVY (PF)	96	<i>AUSTEDO XR</i>	63	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	159
AREXVY ANTIGEN COMPONENT	96	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	63	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	159
ARIKAYCE	116	AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	157	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	159
<i>aripiprazole</i>	39	AUVELITY	140	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	160
ARISTADA	39, 40	<i>aviane</i>	125	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	160
ARISTADA INITIO	39	AVONEX	63	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	160
<i>armodafinil</i>	62	AXTLE	3	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	160
ARNUITY ELLIPTA	69	<i>ayuna</i>	125	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	160
<i>asenapine maleate</i>	40	AYVAKIT	3	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	160
<i>aspirin-dipyridamole</i>	209	<i>azacitidine</i>	3		
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL	157	<i>azathioprine</i>	89		
ASSURE ID DUO-SHIELD	157	<i>azathioprine sodium</i>	89		
ASSURE ID INSULIN SAFETY	157	<i>azelastine</i>	107		
ASSURE ID PEN NEEDLE	157	<i>azithromycin</i>	119		
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE	157	<i>aztreonam</i>	117		
ASTAGRAF XL	89	<i>azurette (28)</i>	125		
<i>atazanavir</i>	147	B			
<i>atenolol</i>	48	<i>bacitracin</i>	103		
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	48	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	103		
		<i>baclofen</i>	212		

BD VEO INSULIN SYRINGE UF	
.....	160
BELSOMRA	62
benazepril	57
benazepril-	
hydrochlorothiazide	57, 58
bendamustine	4
BENDAMUSTINE	4
BENDEKA	4
BENLYSTA	89
benztropine	37
BESREMI	89
betaine	108
betamethasone dipropionate	
.....	72, 73
betamethasone valerate	73
betamethasone, augmented	73
BETASERON	63
betaxolol	101
bethanechol chloride	81
bexarotene	4
BEXZERO	96
bicalutamide	4
BICILLIN L-A	121
BIKTARVY	148
bimatoprost	102
bisoprolol fumarate	49
bisoprolol-	
hydrochlorothiazide	49
BIZENGRI	4
bleomycin	4
blisovi 24 fe	125
blisovi fe 1.5/30 (28)	125
blisovi fe 1/20 (28)	125
BOOSTRIX TDAP	96
BORDERED GAUZE	160
bortezomib	4
BORUZU	4
bosentan	109
BOSULIF	4
BRAFTOVI	5
BREO ELLIPTA	69
breyna	69
BREZTRI AEROSPHERE	71
BRILINTA	209
brimonidine	102
brimonidine-timolol	102
brinzolamide	102
BRIVIACT	134
bromfenac	105, 106
bromocriptine	37
BRONCHITOL	67
BRUKINSA	5
budesonide	60, 69
budesonide-formoterol	69
bumetanide	56
buprenorphine	112
buprenorphine hcl	23
buprenorphine-naloxone	23
bupropion hcl	140, 141
bupropion hcl (smoking deter)	
.....	23
buspirone	108
butalbital-acetaminop-caf-	
cod	112
butalbital-acetaminophen-	
caff	112
C	
CABENUVA	148
cabergoline	37
CABOMETYX	5
cabotegravir	148
calcipotriene	75
calcitonin (salmon)	61
calcitriol	61
calcium acetate(phosphat bind)	80
CALQUENCE	5
CALQUENCE	
(ACALABRUTINIB MAL)	5
camila	125
candesartan	52
candesartan-	
hydrochlorothiazid	52
CAPLYTA	40
CAPRELSA	5
captopril	58
carbamazepine	134, 135
carbidopa-levodopa	37, 38
CAREFINE PEN NEEDLE	160, 161
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	161
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	161, 162
CARETOUCH PEN NEEDLE	161
carglumic acid	78
carteolol	102
cartia xt	50
carvedilol	49
CAYSTON	117
cefaclor	118
cefadroxil	118
cefazolin	118
cefdinir	118
cefepime	118
cefixime	118
cefoxitin	118

<i>cefepodoxime</i>	118	<i>clindamycin phosphate</i>	76, 115, 116	COMETRIQ	5
<i>ceprozil</i>	118	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	76	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	162, 164
<i>ceftazidime</i>	118	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE- FREE)	46	COMFORT EZ PEN NEEDLES	163
<i>ceftriaxone</i>	119	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE- FREE)	47	COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL	163
<i>cefuroxime axetil</i>	119	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE- FREE)	47	COMFORT TOUCH PEN NEEDLE	164, 165
<i>cefuroxime sodium</i>	119	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	47	COMPLERA	148
<i>celecoxib</i>	110	CLINIMIX E 8%-D14W	47	<i>completenate</i>	213
<i>cephalexin</i>	119	SULFITEFREE	47	<i>compro</i>	35
<i>cevimeline</i>	72	clobazam	135	<i>constulose</i>	78
<i>chateal eq (28)</i>	125	clobetasol	73	COPIKTRA	5
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	24	clobetasol-emollient	73	CORLANOR	51
<i>chlorhexidine gluconate</i>	72	clomipramine	141	COSENTYX	90, 108
<i>chloroquine phosphate</i>	36	clonazepam	24	COSENTYX (2 SYRINGES)	89
<i>chlorpromazine</i>	40	clonidine	47	COSENTYX PEN (2 PENS)	90
<i>chlorthalidone</i>	56	clonidine hcl	47	COSENTYX UNREADY PEN	90
<i>cholestyramine (with sugar)</i>	54	clopidogrel	209	COTELLIC	5
<i>cholestyramine light</i>	54	clorazepate dipotassium	25	CREON	211
<i>ciclopirox</i>	144	clotrimazole	144	<i>cromolyn</i>	67, 79, 107
<i>cilstostazol</i>	209	clotrimazole-betamethasone	145	<i>cryselle (28)</i>	125
<i>CIMDUO</i>	148	clozapine	40	CURAD GAUZE PAD	165
<i>cimetidine hcl</i>	77	c-nate dha	213	CURITY ALCOHOL SWABS	165
<i>CIMZIA</i>	89	COARTEM	36	CURITY GAUZE	165
<i>CIMZIA POWDER FOR RECONST</i>	89	COBENFY	40	<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	125
<i>cinacalcet</i>	61	COBENFY STARTER PACK	40	<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	125
<i>CINQAIR</i>	67	colchicine	33	<i>cyclobenzaprine</i>	212
<i>ciprofloxacin hcl</i>	103, 122	colesevelam	54	<i>cyclophosphamide</i>	5, 6
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	122	colestipol	54	<i>cyclosporine</i>	90, 106
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	103	colistin (colistimethate na)	116	<i>cyclosporine modified</i>	90
<i>citalopram</i>	141	COMBIVENT RESPIMAT	71	<i>cyred eq</i>	125
<i>clarithromycin</i>	119, 120				
<i>CLENPIQ</i>	80				
<i>CLICKFINE PEN NEEDLE</i>	162				
<i>clindamycin hcl</i>	116				

D

<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	206
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	206
<i>dabigatran etexilate</i>	208
<i>dalfampridine</i>	63
<i>danazol</i>	83
<i>dantrolene</i>	212
<i>DANYELZA</i>	6
<i>DANZITEN</i>	6
<i>dapsone</i>	147
<i>DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)</i>	96
<i>daptomycin</i>	116
<i>darunavir</i>	148
<i>dasatinib</i>	6
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	125
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	125
<i>DATROWAY</i>	6
<i>DAURISMO</i>	6
<i>deblitane</i>	126
<i>decitabine</i>	6
<i>deferasirox</i>	115
<i>DELSTRIGO</i>	148
<i>demeclocycline</i>	123
<i>DENGVAXIA (PF)</i>	96
<i>denta 5000 plus</i>	72
<i>dentagel</i>	72
<i>DEPO-SUBQ PROVERA 104</i>	88
<i>DERMACEA</i>	165
<i>DERMACEA NON-WOVEN</i>	165
<i>dermacinrx lidocan</i>	114
<i>DESCOVY</i>	148
<i>desipramine</i>	141

<i>desmopressin</i>	86
<i>desog-e.estradol/e.estradol</i>	126
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	126
<i>desvenlafaxine succinate</i>	141
<i>dexamethasone</i>	85
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	85, 106
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>	63
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	47
<i>DIACOMIT</i>	135
<i>diazepam</i>	25, 135
<i>diazepam intensol</i>	25
<i>diazoxide</i>	108
<i>diclofenac potassium</i>	110
<i>diclofenac sodium</i>	106, 110, 111
<i>diclofenac-misoprostol</i>	111
<i>dicloxacillin</i>	121
<i>dicyclomine</i>	79
<i>didanosine</i>	148
<i>DIFICID</i>	120
<i>difluprednate</i>	106
<i>digoxin</i>	51
<i>dihydroergotamine</i>	33
<i>diltiazem hcl</i>	50
<i>dilt-xr</i>	50
<i>dimethyl fumarate</i>	64
<i>diphenoxylate-atropine</i>	79
<i>dipyridamole</i>	209
<i>disulfiram</i>	23
<i>divalproex</i>	135
<i>dofetilide</i>	48
<i>dolishale</i>	126

<i>donepezil</i>	26
<i>dorzolamide</i>	102
<i>dorzolamide-timolol</i>	102
<i>DOVATO</i>	148
<i>doxazosin</i>	47
<i>doxepin</i>	141
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	6
<i>doxy-100</i>	123
<i>doxycycline hyclate</i>	123
<i>doxycycline monohydrate</i>	123, 124
<i>DRIZALMA SPRINKLE</i>	141
<i>dronabinol</i>	35
<i>DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)</i>	165, 166
<i>DROPLET INSULIN SYRINGE</i>	166, 167
<i>DROPLET MICRON PEN NEEDLE</i>	167
<i>DROPLET PEN NEEDLE</i>	167, 168
<i>DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS</i>	168
<i>DROPSAFE INSULIN SYRINGE</i>	168
<i>DROPSAFE PEN NEEDLE</i>	168
<i>droxidopa</i>	47
<i>DUAVEE</i>	83
<i>duloxetine</i>	141
<i>DUPIXENT PEN</i>	90
<i>DUPIXENT SYRINGE</i>	90
<i>dutasteride</i>	81

E

<i>EASY COMFORT ALCOHOL PAD</i>	170
---------------------------------------	-----

EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	169, 170	ELAHERE	6	<i>entacapone</i>	38
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	170	ELIGARD.....	7	<i>entecavir</i>	154
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	169	ELIGARD (3 MONTH).....	6	ENTRESTO.....	52
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE	170	ELIGARD (4 MONTH).....	6	ENTRESTO SPRINKLE	52
EASY GLIDE PEN NEEDLE..	170	ELIGARD (6 MONTH).....	6	<i>enulose</i>	79
EASY TOUCH.....	172, 173	<i>elinest</i>	126	EPCLUSA.....	153
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS.....	171	ELIQUIS	208	EPIDIOLEX.....	135
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN.....	172	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START.....	208	<i>epinastine</i>	107
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE	171	ELREXFIO	7	<i>epinephrine</i>	51
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR.....	171	<i>eluryng</i>	126	<i>epitol</i>	135
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 170, 171, 172, 173		EMBRACE PEN NEEDLE	173,	EPIVIR HBV	149
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN.....	172	174		EPKINLY	7
EASY TOUCH PEN NEEDLE	172	EMCYT	7	<i>eplerenone</i>	59
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE	173	EMGALITY PEN.....	33	EPRONTIA.....	135
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN.....	171, 172	EMGALITY SYRINGE	33	ERBITUX	7
EASY TOUCH UNI-SLIP	173	<i>emoquette</i>	126	<i>ergoloid</i>	26
<i>econazole nitrate</i>	145	EMSAM	142	ERIVEDGE	7
EDURANT	148	<i>emtricitabine</i>	149	ERLEADA	7
<i>efavirenz</i>	148	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	149	<i>erlotinib</i>	7
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	148	149	<i>errin</i>	126
<i>efavirenz-lamivu-tenofov</i> disop.....	149	EMTRIVA.....	149	<i>ertapenem</i>	118
		<i>emzahh</i>	126	<i>erythromycin</i>	103, 120
		<i>enalapril maleate</i>	58	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	120
		<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	58	<i>erythromycin with ethanol</i> ..	76
		ENBREL.....	90, 91	ERZOFRI	40, 41
		ENBREL MINI	90	<i>escitalopram oxalate</i>	142
		ENBREL SURECLICK.....	91	<i>esomeprazole magnesium</i> ..	77,
		<i>endocet</i>	112, 113	78	
		INGERIX-B (PF)	96	<i>estarrylla</i>	126
		INGERIX-B PEDIATRIC (PF)	96	<i>estradiol</i>	83, 84
		<i>enilloring</i>	126	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	84
		<i>enoxaparin</i>	208	<i>eszopiclone</i>	62
		<i>enpresse</i>	126	<i>ethambutol</i>	147
		<i>enskyce</i>	126	<i>ethosuximide</i>	135, 136

<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	81	<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	70
.....126	70	
<i>etodolac</i>	111	<i>fluvastatin</i>	55
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	127	<i>fluvoxamine</i>	142
.....127		<i>folivane-ob</i>	213
<i>ETOPOPHOS</i>	7	<i>fondaparinux</i>	208
<i>etoposide</i>	7	<i>fosamprenavir</i>	149
<i>etravirine</i>	149	<i>fosinopril</i>	58
<i>EUCRISA</i>	73	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	58
<i>everolimus (antineoplastic)</i> 7, 8	58	
<i>everolimus</i>		<i>fosphenytoin</i>	136
(<i>immunosuppressive</i>).....91		<i>FOTIVDA</i>	8
<i>EVOTAZ</i>	149	<i>FREESTYLE PRECISION</i>174,	
<i>exemestane</i>	8	175	
<i>EXTENCILLINE</i>	121	<i>FRUZAQLA</i>	8
<i>EYSUVIS</i>	106	<i>fulvestrant</i>	8
<i>ezetimibe</i>	54	<i>furosemide</i>	56, 57
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	54	<i>FUZEON</i>	149
F		<i>FYARRO</i>	8
<i>falmina (28)</i>	127	<i>FYCOMPA</i>	136
<i>famciclovir</i>	154		
<i>famotidine</i>	78	G	
<i>FANAPT</i>	41	<i>gabapentin</i>	136
<i>FARXIGA</i>	26	<i>galantamine</i>	26
<i>FASENRA</i>	67	<i>gallifrey</i>	88
<i>FASENRA PEN</i>	67	<i>GAMUNEX-C</i>	91
<i>febuxostat</i>	33	<i>GARDASIL 9 (PF)</i>	97
<i>feirza</i>	127	<i>GAUZE PAD</i>	175
<i>felbamate</i>	136	<i>gavilyte-c</i>	81
<i>felodipine</i>	53	<i>gavilyte-g</i>	81
<i>femynor</i>	127	<i>gavilyte-n</i>	81
<i>fenofibrate</i>	55	<i>GAVRETO</i>	8
<i>fenofibrate micronized</i>	55	<i>gefitinib</i>	9
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	55	<i>gemfibrozil</i>	55
<i>fentanyl</i>	113	<i>generlac</i>	79
<i>fentanyl citrate</i>	113	<i>genograf</i>	91
		<i>gentak</i>	103

<i>gentamicin</i>	76, 103, 116
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>116
<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	116
GENVOYA.....	149
GILOTrif	9
<i>glatiramer</i>	64
<i>glatopa</i>	64
GLEOSTINE.....	9
<i>glimepiride</i>	32
<i>glipizide</i>	32
<i>glipizide-metformin</i>	32
<i>glutamine (sickle cell)</i>	108
<i>glyburide</i>	32
<i>glyburide micronized</i>	32
<i>glyburide-metformin</i>	32
<i>glycopyrrolate</i>	79
<i>glydo</i>	114
GLYXAMBI.....	27
GOMEKLI	9
<i>griseofulvin microsize</i>	145
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> 145	
<i>guanfacine</i>	47, 64
GVOKE	108
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	108
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	
.....108	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	
.....108	
H	
HAEGARDA.....	210
<i>hailey 24 fe</i>	127
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	127
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	127
<i>halobetasol propionate</i>	74
<i>haloette</i>	127
<i>haloperidol</i>	42
<i>haloperidol decanoate</i>	41
<i>haloperidol lactate</i>	41, 42
HARVONI	153
HAVRIX (PF).....	97
HEALTHWISE INSULIN	
SYRINGE.....	175
HEALTHWISE PEN NEEDLE	
.....175, 176	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE	
PENTIP	176
<i>heather</i>	127
<i>heparin (porcine)</i>	208
HEPLISAV-B (PF).....	97
HERCEPTIN HYLECTA	9
HERZUMA	9
HIBERIX (PF)	97
HUMIRA	91
HUMIRA PEN	91
HUMIRA PEN CROHNS-UC-	
HS START	91
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-	
ADOL HS.....	91
HUMIRA(CF)	92
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS	
STARTER.....	91
HUMIRA(CF) PEN	92
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-	
UC-HS	91
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC	
UC	92
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-	
ADOL HS.....	92
HUMULIN R U-500 (CONC)	
INSULIN.....	30
HUMULIN R U-500 (CONC)	
KWIKPEN	30
hydralazine	51
hydrochlorothiazide.....	57
hydrocodone-acetaminophen	
.....113	
hydrocortisone	60, 74, 85
hydrocortisone valerate	74
hydrocortisone-acetic acid	103
hydromorphone	113
hydroxychloroquine	36
hydroxyurea.....	9
hydroxyzine hcl	146
hydroxyzine pamoate	108
I	
<i>ibandronate</i>	61
IBRANCE	9
<i>ibu</i>	111
<i>ibuprofen</i>	111
<i>icatibant</i>	51
<i>iclevia</i>	127
ICLUSIG	9
<i>icosapent ethyl</i>	55
IDHIFA	9
<i>ifosfamide</i>	9
ILEVRO	106
<i>imatinib</i>	10
IMBRUVICA	10
IMDELLTRA	10
<i>imipenem-cilastatin</i>	118
<i>imipramine hcl</i>	142
<i>imiquimod</i>	76
IMJUDO	10
IMKELDI	10
IMOVAx RABIES VACCINE	
(PF)	97

IMPAVIDO	36	INTRON A	154	<i>jencycla</i>	127
<i>incassia</i>	127	INVEGA HAFYERA.....	42	JENTADUETO.....	27
INCONTROL ALCOHOL PADS	176	INVEGA SUSTENNA	42	JENTADUETO XR.....	27
INCONTROL PEN NEEDLE	176	INVEGA TRINZA.....	42, 43	<i>jolessa</i>	127
INCRELEX.....	86	INVELTYS.....	106	<i>juleber</i>	127
<i>indapamide</i>	57	IPOL	97	JULUCA	150
<i>indomethacin</i>	111	<i>ipratropium bromide</i>	71, 107	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	128
INFANRIX (DTAP) (PF)	97	<i>ipratropium-albuterol</i>	71	<i>junel 1/20 (21)</i>	128
<i>infliximab</i>	92	<i>irbesartan</i>	52	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	128
INGREZZA	64	<i>irbesartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i>	52	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	128
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	64	ISENTRESS.....	149, 150	<i>junel fe 24</i>	128
INGREZZA SPRINKLE	64	ISENTRESS HD.....	149	JYLAMVO	11
INLYTA.....	10	<i>isibloom</i>	127	JYNNEOS (PF).....	97
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE.....	176	<i>isoniazid</i>	147	K	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE.....	176	ISOPROPYL ALCOHOL	76	KALYDECO	67
INQOVI.....	10	<i>isosorbide dinitrate</i>	59	<i>kariva (28)</i>	128
INREBIC	10	<i>isosorbide mononitrate</i>	59	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	128
<i>insulin asp</i> <i>prt-insulin aspart</i>	30	ITOVEBI	10	<i>kelnor 1/50 (28)</i>	128
<i>insulin aspart u-100</i>	30	<i>itraconazole</i>	145	KERENDIA	59
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK	177	IV PREP WIPES.....	178	KESIMPTA PEN.....	64
INSULIN SYRINGE	159	<i>ivabradine</i>	51	<i>ketoconazole</i>	145
INSULIN SYRINGE MICROFINE	158	<i>ivermectin</i>	36	<i>ketorolac</i>	106, 111
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS.....	159	IWILFIN.....	10	KEYTRUDA	11
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- 100.157, 174, 177, 178, 187, 192, 196, 197		IXCHIQ (PF).....	97	KIMMTRAK	11
INSUPEN PEN NEEDLE.....	178	IXIARO (PF).....	97	KINERET	92
INTELENCE.....	149	J		KINRIX (PF)	98
		JAKAFI.....	11	<i>kionex (with sorbitol)</i>	79
		<i>jantoven</i>	209	KISQALI	11
		JANUMET	27	KISQALI FEMARA CO-PACK11	
		JANUMET XR	27	KLISYRI	76
		JANUVIA	27	<i>klor-con m10</i>	206
		JARDIANCE.....	27	<i>klor-con m15</i>	206
		<i>javygtor</i>	211	<i>klor-con m20</i>	206
		JAYPIRCA.....	11	KLOXXADO	23
		JEMPERLI	11	KOSELUGO	11, 12
				<i>kosher prenatal plus iron</i> ... 213	

KRAZATI	12	<i>levobunolol</i>	102	LIVTENCITY	153
<i>kurvelo (28)</i>	128	<i>levocetirizine</i>	146	LOKELMA	79
KYLEENA	128	<i>levofloxacin</i>	122	LONSURF	12
KYNMOBI	38	<i>levofloxacin in d5w</i>	122	<i>loperamide</i>	79
L		<i>levonest (28)</i>	129	<i>lopinavir-ritonavir</i>	150
<i>labetalol</i>	49	<i>levonorgestrel-eth.estradiol-iron</i>	129	LOQTORZI	12
<i>lacosamide</i>	136	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	129	<i>lorazepam</i>	25
<i>lactulose</i>	79	<i>levonorgestrel-eth estrad triphasic</i>	129	<i>lorazepam intensol</i>	25
<i>lamivudine</i>	150	<i>levora-28</i>	129	LORBRENA	13
<i>lamivudine-zidovudine</i>	150	<i>levothyroxine</i>	82	<i>losartan</i>	52
<i>lamotrigine</i>	136, 137	LEXIVA	150	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	52
<i>lanreotide</i>	86	<i>LIBERVANT</i>	137	LOTEMAX	106
<i>lansoprazole</i>	78	<i>lidocaine</i>	114	LOTEMAX SM	107
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	30	<i>lidocaine hcl</i>	114	<i>loteprednol etabonate</i>	107
LANTUS U-100 INSULIN	30	<i>lidocaine viscous</i>	114	<i>lovastatin</i>	55
<i>lapatinib</i>	12	<i>lidocaine-prilocaine</i>	114	<i>low-ogestrel (28)</i>	129
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	128	<i>lidocan iii</i>	115	<i>loxapine succinate</i>	43
<i>larin 1/20 (21)</i>	128	LILETTA	129	<i>lubiprostone</i>	79
<i>larin 24 fe</i>	128	<i>lillow (28)</i>	129	LUMAKRAS	13
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	128	<i>linezolid</i>	117	LUMIGAN	102
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	128	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	117	LUNSUMIO	13
<i>larissa</i>	129	LINZESS	79	LUPRON DEPOT	13, 86
<i>latanoprost</i>	102	<i>liothyronine</i>	82	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	13, 86
LAZCLUZE	12	LISCO	178	LUPRON DEPOT (4 MONTH)	13
<i>leflunomide</i>	92	<i>lisinopril</i>	58	LUPRON DEPOT (6 MONTH)	13
<i>lenalidomide</i>	12	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	58	LUPRON DEPOT-PED	87
LETOCILIN S	121	LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES	179	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	87
LENVIMA	12	LITE TOUCH INSULIN SYRINGE	179, 180	<i>lurasidone</i>	43
<i>lessina</i>	129	<i>lithium carbonate</i>	64, 65	<i>lulera (28)</i>	129
<i>letrozole</i>	12	<i>lithium citrate</i>	65	LYBALVI	43
<i>leucovorin calcium</i>	109			<i>lyleq</i>	130
LEUKERAN	12				
<i>leuprolide</i>	12				
<i>leuprolide (3 month)</i>	12				
<i>levetiracetam</i>	137				

LYNPARZA.....	13	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	180	<i>methylprednisolone</i>	85
LYSODREN	13	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	180, 181	<i>methylprednisolone acetate</i>	85
LYTGOBI.....	13	MAYZENT.....	65	<i>metoclopramide hcl</i>	79
<i>lyza</i>	130	MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT).....	65	<i>metolazone</i>	57
M		MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT).....	65	<i>metoprolol succinate</i>	49
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG.....	180	<i>metoprolol tartrate</i>	49	<i>metronidazole</i> 76, 77, 115, 117	
MAGELLAN SYRINGE.....	180	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	117	<i>metyrosine</i>	51
<i>magnesium sulfate</i>	206	<i>micafungin</i>	145	<i>miconazole-3</i>	146
<i>malathion</i>	77	MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE.....	181		
<i>maraviroc</i>	150	MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE.....	181		
MARGENZA.....	13	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	130		
<i>marlissa (28)</i>	130	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	130		
<i>marnatal-f</i>	213	<i>microgestin 24 fe</i>	130		
MARPLAN.....	142	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	130		
MATULANE.....	14	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	130		
MAVENCLAD (10 TABLET PACK).....	65	<i>midodrine</i>	48		
MAVENCLAD (4 TABLET PACK).....	65	<i>mifepristone</i>	28		
MAVENCLAD (5 TABLET PACK).....	65	<i>milli</i>	130		
MAVENCLAD (6 TABLET PACK).....	65	<i>mimvey</i>	84		
MAVENCLAD (7 TABLET PACK).....	65	MINI ULTRA-THIN II	181		
MAVENCLAD (8 TABLET PACK).....	65	<i>minitran</i>	59		
MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....	65	<i>minocycline</i>	124		
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE.....	180	<i>minoxidil</i>	59		
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE.....	180	MIPLYFFA	155		
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	180	MIRENA	130		

<i>modafinil</i>	62	N	<i>nifedipine</i>	53, 54	
<i>moexipril</i>	58	<i>nabumetone</i>	111	<i>NIKTIMVO</i>	92
<i>molindone</i>	43	<i>nafcillin</i>	121	<i>nilutamide</i>	14
<i>mometasone</i>	74, 107	<i>naloxone</i>	24	<i>NINLARO</i>	14
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING	182	<i>naltrexone</i>	24	<i>nitazoxanide</i>	36
MONOJECT INSULIN SYRINGE	181, 182, 183	<i>naproxen</i>	111, 112	<i>nitisinone</i>	211
MONOJECT SYRINGE	181	<i>naratriptan</i>	33	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	117
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN	199	<i>NATACYN</i>	104	<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	117
<i>mono-linyah</i>	130	<i>nateglinide</i>	28	<i>nitroglycerin</i>	59, 60, 109
<i>montelukast</i>	70	<i>NATPARA</i>	61	<i>niva-plus</i>	213
<i>morpheine</i>	113, 114	<i>NAYZILAM</i>	137	<i>NIVESTYM</i>	210
MORPHINE	113	<i>nebivolol</i>	49	NORDITROPIN FLEXPRO	87
<i>morpheine concentrate</i>	113	<i>nefazodone</i>	142	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	130
MOUNJARO	28	<i>neomycin</i>	116	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	130
MOVANTIK	80	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	104	<i>norethindrone acetate</i>	88
<i>moxifloxacin</i>	104, 122	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	104	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	131
<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>	122	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	104	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	131
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	122	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	104	<i>norlyda</i>	131
MRESVIA (PF)	98	<i>neo-polycin</i>	104	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	131
MULTAQ	48	<i>neo-polycin hc</i>	104	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	131
<i>mupirocin</i>	77	<i>NERLYNX</i>	14	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	131
MVASI	14	<i>neuac</i>	77	<i>nortriptyline</i>	143
<i>mycophenolate mofetil</i>	92	<i>NEULASTA ONPRO</i>	210	NORVIR	150
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	92	<i>nevirapine</i>	150	NOVOFINE 30	183
<i>mycophenolate sodium</i>	92	<i>newgen</i>	213	NOVOFINE 32	183
<i>mynatal</i>	213	<i>NEXLETOL</i>	55	NOVOFINE PLUS	183
<i>mynatal advance</i>	213	<i>NEXLIZET</i>	55	NOVOLIN 70/30 U-100	30
<i>mynatal plus</i>	213	<i>NEXPLANON</i>	130	<i>INSULIN</i>	30
<i>mynatal-z</i>	213	<i>niacin</i>	55	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	30
<i>mynate 90 plus</i>	213	<i>niacor</i>	55		
MYRBETRIQ	82	<i>NICOTROL NS</i>	24		

NOVOLIN N FLEXPEN	31	<i>olmesartan</i>	52	ORENCIA (WITH MALTOSE).....	93
NOVOLIN N NPH U-100		<i>olmesartan-amlodipin-</i>		ORENCIA CLICKJECT.....	93
INSULIN.....	31	<i>hcthiazid</i>	52	ORFADIN.....	211
NOVOLIN R FLEXPEN	31	<i>olmesartan-</i>		ORGOVYX.....	87
NOVOLIN R REGULAR U100		<i>hydrochlorothiazide</i>	52	ORILISSA.....	87
INSULIN.....	31	<i>olopatadine</i>	108	ORKAMBI.....	68
NOVOTWIST	183	<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ...	55	ORSERDU.....	15
NUBEQA.....	14	<i>omeprazole</i>	78	<i>oseltamivir</i>	153
NUCALA.....	67	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2		OTEZLA	93
NULOJIX.....	93	PLUS)	183	OTEZLA STARTER.....	93
NUPLAZID	43	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO		<i>oxandrolone</i>	83
NURTEC ODT	33	KT(GEN5)	183	<i>oxcarbazepine</i>	137
nyamyc	146	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS		<i>oxybutynin chloride</i>	82
nylia 1/35 (28)	131	(GEN 5)	183	<i>oxycodone</i>	114
nylia 7/7/7 (28)	131	OMNIPOD 5		<i>oxycodone-acetaminophen</i>	
nymyo	131	INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	183	114
nystatin	146	OMNIPOD CLASSIC PDM		OZEMPIC	28
nystatin-triamcinolone	146	KIT(GEN 3)	183	P	
nystop.....	146	OMNIPOD CLASSIC PODS		<i>pacerone</i>	48
NYVEPRIA.....	210	(GEN 3)	183	<i>paclitaxel protein-bound</i>	16
O		OMNIPOD DASH INTRO KIT		<i>paliperidone</i>	43, 44
<i>obstetrix dha</i>	213	(GEN 4)	183	PANRETIN	76
<i>obstetrix dha prenatal duo</i>	213	OMNIPOD DASH PDM KIT		<i>pantoprazole</i>	78
<i>o-cal prenatal</i>	213	(GEN 4)	183	<i>paricalcitol</i>	61
OCREVUS.....	66	OMNIPOD DASH PODS (GEN		<i>paramomycin</i>	36
OCREVUS ZUNOVO	66	4)	184	<i>paroxetine hcl</i>	143
<i>octreotide acetate</i>	87	ONAPGO	38	PAXLOVID	153
ODEFSEY	150	<i>ondansetron</i>	35	<i>pazopanib</i>	16
ODOMZO	15	<i>ondansetron hcl</i>	35	PEDIARIX (PF)	98
OFEV	68	ONTRUZANT.....	15	PEDVAX HIB (PF)	98
<i>ofloxacin</i>	104, 105	ONUREG	15	<i>peg 3350-electrolytes</i>	81
OGIVRI.....	15	OPDIVO.....	15	PEGASYS.....	154
OGSIVEO.....	15	OPDIVO QVANTIG.....	15	<i>peg-electrolyte soln</i>	81
OJEMDA.....	15	OPDUALAG.....	15	PEMAZYRE	16
OJJAARA	15	OPSUMIT	109	<i>pemetrexed</i>	16
<i>olanzapine</i>	43	ORENCIA	93	<i>pemetrexed disodium</i>	16

PEMRYDI RTU	16	<i>pimecrolimus</i>	74	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	85
PEN NEEDLE	174, 184, 187	<i>pimozide</i>	44	<i>prednisone</i>	85, 86
PEN NEEDLE, DIABETIC.....	164, 181, 184, 186, 187	<i>pimtrea (28)</i>	131	<i>pregabalin</i>	138
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY	187	<i>pioglitazone</i>	28	PREHEVBARIO (PF)	99
PENBRAYA (PF)	98	<i>pioglitazone-metformin</i>	28	PREMARIN	84
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF)	98	PIP PEN NEEDLE	185	PREMPHASE.....	84
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF).....	98	<i>piperacillin-tazobactam</i>	122	PREMPPRO.....	84
<i>penicillamine</i>	115	PIQRAY.....	16	<i>prena1 true</i>	214
<i>penicillin g potassium</i>	121	<i>pirfenidone</i>	68	<i>prenaissance</i>	214
<i>penicillin g procaine</i>	121	<i>pirmella</i>	132	<i>prenaissance plus</i>	214
<i>penicillin v potassium</i>	122	<i>pitavastatin calcium</i>	55	<i>prenatabs fa</i>	214
PENTACEL (PF).....	99	PLEGRIDY	66	<i>prenatal 19</i>	214
<i>pentamidine</i>	37	<i>pnv 29-1</i>	213	<i>prenatal 19 (with docusate)</i>	214
PENTIPS PEN NEEDLE.....	184, 185	<i>pnv-dha + docusate</i>	214	<i>prenatal low iron</i>	214
<i>pentoxifylline</i>	209	<i>pnv-omega</i>	214	<i>prenatal plus</i>	214
<i>perindopril erbumine</i>	58	<i>podofilox</i>	76	<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	214
<i>periogard</i>	72	<i>polycin</i>	105	<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	214
<i>permethrin</i>	77	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	105	<i>prenatal-u</i>	214
<i>perphenazine</i>	44	POMALYST.....	16	<i>preplus</i>	215
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	143	<i>portia 28</i>	132	<i>pretab</i>	215
PERSERIS.....	44	<i>posaconazole</i>	146	<i>prevalite</i>	56
<i>phenelzine</i>	143	<i>potassium chloride</i>	206, 207	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE.....	185
<i>phenobarbital</i>	137	<i>potassium citrate</i>	207	<i>previfem</i>	132
PHENYTEK.....	137	<i>pr natal 400</i>	214	PREVYMIS	153
<i>phenytoin</i>	138	<i>pr natal 400 ec</i>	214	PREZCOBIX.....	151
<i>phenytoin sodium</i>	138	<i>pr natal 430</i>	214	PREZISTA.....	151
<i>phenytoin sodium extended</i>	138	<i>pr natal 430 ec</i>	214	PRIFTIN	147
PIFELTRO	151	<i>pramipexole</i>	38	PRIMAQUINE.....	37
<i>pilocarpine hcl</i>	72, 102	<i>prasugrel hcl</i>	209	<i>primidone</i>	138
		<i>pravastatin</i>	56	PRIORIX (PF).....	99
		<i>praziquantel</i>	37		
		<i>prazosin</i>	48		
		<i>prednisolone</i>	85		
		<i>prednisolone acetate</i>	107		

PRO COMFORT ALCOHOL	
PADS.....	185
PRO COMFORT INSULIN	
SYRINGE.....	185
PRO COMFORT PEN NEEDLE	
.....	185, 186
<i>probenecid</i>	33
<i>probenecid-colchicine</i>	33
PROCALAMINE 3%.....	47
<i>prochlorperazine</i>	35
<i>prochlorperazine edisylate</i> .35,	
44	
<i>prochlorperazine maleate</i> ... 35	
<i>proto-med hc</i>	75
<i>proctosol hc</i>	75
<i>protozone-hc</i>	75
PRODIGY INSULIN SYRINGE	
.....	186
<i>progesterone micronized</i> 88	
PROGRAF.....	93
PROLIA	61
PROMACTA	210
<i>promethazine</i>	35
<i>promethegan</i>	36
<i>propafenone</i>	48
<i>propranolol</i>	49
<i>propylthiouracil</i>	82
PROQUAD (PF).....	99
<i>protriptyline</i>	143
PULMOZYME	211
PURE COMFORT ALCOHOL	
PADS.....	186
PURE COMFORT PEN NEEDLE	
.....	186
PURE COMFORT SAFETY PEN	
NEEDLE	186
PURIXAN.....	16
<i>pyrazinamide</i>	147
<i>pyridostigmine bromide</i> 109	
<i>pyrimethamine</i>	37
Q	
QINLOCK.....	16
QUADRACEL (PF)	99
<i>quetiapine</i>	44
<i>quinapril</i>	58
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	
.....	58
<i>quinidine sulfate</i>	48
<i>quinine sulfate</i>	37
QULIPTA	34
R	
RABAVERT (PF).....	99
<i>rabeprazole</i>	78
<i>raloxifene</i>	84
<i>ramipril</i>	58
<i>ranolazine</i>	51
<i>rasagiline</i>	38
RASUVO (PF).....	93
RAYALDEE	61
<i>reclipsen (28)</i>	132
RECOMBIVAX HB (PF)	99
RELENZA DISKHALER	154
<i>repaglinide</i>	28
REPATHA PUSHTRONEX	56
REPATHA SURECLICK	56
REPATHA SYRINGE.....	56
RETACRIT.....	210
RETEVMO	16, 17
RETROVIR.....	151
REVUFORJ	17
REXULTI.....	44
REYATAZ.....	151
REZLIDHIA	17
REZUROCK.....	93
RHOPRESSA	102
RIABNI	17
<i>ribavirin</i>	154
<i>rifabutin</i>	147
<i>rifampin</i>	147
<i>rilpivirine</i>	151
<i>riluzole</i>	66
RINVOQ	94
RINVOQ LQ	93
<i>risperidone</i>	44, 45
<i>risperidone microspheres</i>44	
<i>ritonavir</i>	151
RITUXAN HYCELA	17
<i>rivastigmine</i>	26
<i>rivastigmine tartrate</i>	26
<i>rizatriptan</i>	34
<i>r-natal ob</i>	215
ROCKLATAN	102
<i>roflumilast</i>	68
<i>ropinirole</i>	38
<i>rosadan</i>	77
<i>rosuvastatin</i>	56
ROTARIX.....	99, 100
ROTATEQ VACCINE	100
ROZLYTREK	17
RUBRACA	17
<i>rufinamide</i>	138
RUKOBIA	151
RUXIENCE	17
RYBELSUS.....	28
RYBREVANT	17
RYDAPT	17
RYKINDO	45
RYTELO.....	17

S

SAFESNAP INSULIN SYRINGE	187
SAFETY PEN NEEDLE.....	188
SANTYL.....	76
sapropterin	211
SAVELLA.....	66
SCEMBLIX.....	18
scopolamine base	36
SECUADO	45
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	188
SECURESAFE PEN NEEDLE	188
select-ob	215
select-ob (folic acid)	215
selegiline hcl	38
selenium sulfide.....	77
SELZENTRY.....	151
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN).....	31
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN	31
se-natal 19 chewable	215
SEREVENT DISKUS	71
SEROSTIM	87
sertraline	143
setlakin	132
sevelamer carbonate	80
sevelamer hcl.....	80
SEZABY	138
sf 5000 plus.....	72
sharobel.....	132
SHINGRIX (PF)	100
SIGNIFOR.....	87
sildenafil (pulm.hypertension)	109

silver sulfadiazine	77
SIMBRINZA.....	102
simliya (28)	132
simvastatin.....	56
sirolimus.....	94
SIRTURO	147
SKY SAFETY PEN NEEDLE .	188
SKYLA.....	132
SKYRIZI	94
sodium chloride 0.45 %.....	207
sodium chloride 0.9 %	207
sodium fluoride-pot nitrate	72
sodium oxybate	62
sodium polystyrene sulfonate	80
sodium,potassium,mag sulfates.....	81
solifenacin	82
SOLIQUA 100/33	31
SOLTAMOX.....	18
SOMATULINE DEPOT	87
SOMAVERT	88
sorafenib	18
sorine.....	49
sotalol	49
sotalol af	49
SPIRIVA RESPIMAT	71
spironolactone	57
spironolacton-hydrochlorothiaz	57
SPRAVATO	143
sprintec (28)	132
SPRITAM.....	138
sps (with sorbitol)	80
sronyx.....	132
ssd	77
stavudine	151
STELARA	94
STERILE PADS.....	188
STIOLTO RESPIMAT	71
STIVARGA	18
STRENSIQ.....	211
streptomycin.....	116
STRIBILD	151
STRIVERDI RESPIMAT.....	71
subvenite	139
sucralfate	78
sulfacetamide sodium.....	105
sulfacetamide-prednisolone	105
sulfadiazine	122
sulfamethoxazole-trimethoprim	122, 123
sulfasalazine.....	60
sulindac	112
sumatriptan	34
sumatriptan succinate	34
sunitinib malate	18
SUNLENCA	151
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS.....	189
SURE COMFORT INS. SYR. U-100	188
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	188, 189
SURE COMFORT PEN NEEDLE	189
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	188
SURE-FINE PEN NEEDLES.	190
SURE-JECT INSULIN SYRINGE	190

SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	190	<i>thiothixene</i>	45
SUTAB	81	<i>tiadylt er</i>	50
SYMPAZAN	139	<i>tiagabine</i>	139
SYMTUZA	152	TIBSOVO	19
SYNJARDY	28	TICE BCG	19
SYNJARDY XR	28, 29	TICOVAC	100
SYNRIBO	18	<i>tigecycline</i>	124
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY	188	<i>tilia fe</i>	132
T		<i>timolol</i>	103
TABLOID	18	<i>timolol maleate</i>	49, 103
TABRECTA	18	<i>tinidazole</i>	37
<i>tacrolimus</i>	75, 94	<i>tiotropium bromide</i>	72
<i>tadalafil</i>	109	TIVDAK	19
TAFINLAR	18	TIVICAY	152
<i>tafluprost (pf)</i>	103	TIVICAY PD	152
TAGRISSO	18	<i>tizanidine</i>	212
TALVEY	18	TOBI PODHALER	116
TALZENNA	18	<i>tobramycin</i>	105
<i>tamoxifen</i>	18	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	116
<i>tamsulosin</i>	81	<i>tobramycin sulfate</i>	116
<i>tarina 24 fe</i>	132	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	105
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	132	<i>tolterodine</i>	82
<i>taron-c dha</i>	215	TOPCARE CLICKFINE	193
<i>taron-prex prenatal-dha</i>	215	TOPCARE ULTRA COMFORT	193
TASIGNA	19	<i>topiramate</i>	139
TAVNEOS	94	<i>toposar</i>	19
<i>tazarotene</i>	77	<i>toremifene</i>	19
<i>tazicef</i>	119	<i>torpenz</i>	19
<i>taztia xt</i>	50	<i>torsemide</i>	57
TAZVERIK	19	TOUJEO MAX U-300	
TDVAX	100	SOLOSTAR	31
TECHLITE INSULIN SYRINGE	191	TOUJEO SOLOSTAR U-300	
		INSULIN	31
		<i>thioridazine</i>	45
		<i>thiothixene</i>	45
		<i>tiadylt er</i>	50
		<i>tiagabine</i>	139
		TIBSOVO	19
		TICE BCG	19
		TICOVAC	100
		<i>tigecycline</i>	124
		<i>tilia fe</i>	132
		<i>timolol</i>	103
		<i>timolol maleate</i>	49, 103
		<i>tinidazole</i>	37
		<i>tiotropium bromide</i>	72
		TIVDAK	19
		TIVICAY	152
		TIVICAY PD	152
		<i>tizanidine</i>	212
		TOBI PODHALER	116
		<i>tobramycin</i>	105
		<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	116
		<i>tobramycin sulfate</i>	116
		<i>tobramycin-dexamethasone</i>	105
		<i>tolterodine</i>	82
		TOPCARE CLICKFINE	193
		TOPCARE ULTRA COMFORT	193
		<i>topiramate</i>	139
		<i>toposar</i>	19
		<i>toremifene</i>	19
		<i>torpenz</i>	19
		<i>torsemide</i>	57
		TOUJEO MAX U-300	
		SOLOSTAR	31
		TOUJEO SOLOSTAR U-300	
		INSULIN	31
		<i>thioridazine</i>	45
		<i>thiothixene</i>	45
		<i>tiadylt er</i>	50
		<i>tiagabine</i>	139
		TIBSOVO	19
		TICE BCG	19
		TICOVAC	100
		<i>tigecycline</i>	124
		<i>tilia fe</i>	132
		<i>timolol</i>	103
		<i>timolol maleate</i>	49, 103
		<i>tinidazole</i>	37
		<i>tiotropium bromide</i>	72
		TIVDAK	19
		TIVICAY	152
		TIVICAY PD	152
		<i>tizanidine</i>	212
		TOBI PODHALER	116
		<i>tobramycin</i>	105
		<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	116
		<i>tobramycin sulfate</i>	116
		<i>tobramycin-dexamethasone</i>	105
		<i>tolterodine</i>	82
		TOPCARE CLICKFINE	193
		TOPCARE ULTRA COMFORT	193
		<i>topiramate</i>	139
		<i>toposar</i>	19
		<i>toremifene</i>	19
		<i>torpenz</i>	19
		<i>torsemide</i>	57
		TOUJEO MAX U-300	
		SOLOSTAR	31
		TOUJEO SOLOSTAR U-300	
		INSULIN	31
		<i>thioridazine</i>	45

TRADJENTA	29	<i>tri-lo-estarrylla</i>	133	TRUEPLUS PEN NEEDLE	195
tramadol	114	<i>tri-lo-marzia</i>	133	TRULICITY	29
tramadol-acetaminophen .	114	<i>tri-lo-mili</i>	133	TRUMENBA	100
trandolapril	58	<i>tri-lo-sprintec</i>	133	TRUQAP	20
trandolapril-verapamil	59	<i>trimethoprim</i>	117	TRUXIMA	20
tranexamic acid.....	208	<i>tri-mili</i>	133	TUKYSA	20
tranylcypromine.....	143	<i>trimipramine</i>	143	TURALIO	20
travoprost	103	TRINTELLIX	143	turqoz (28)	133
TRAZIMERA	19	<i>tri-nymyo</i>	133	TWINRIX (PF)	100
trazodone.....	143	<i>tri-previfem</i> (28).....	133	TYBOST	109
TRECATOR.....	147	<i>tri-sprintec</i> (28).....	133	TYMLOS	61
TRELEGY ELLIPTA.....	72	TRIUMEQ.....	152	TYPHIM VI.....	100
TRELSTAR	19	TRIUMEQ PD.....	152	U	
TREMFYA	95	<i>triveen-duo dha</i>	215	UBRELVY	34
TREMFYA PEN	95	<i>trivora</i> (28)	133	ULTICARE	196, 197
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	31	<i>tri-vylibra</i>	133	ULTICARE INSULIN SYRINGE	196
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	32	<i>tri-vylibra lo</i>	133	ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT)	196
TRESIBA U-100 INSULIN	32	TRIZIVIR	152	ULTICARE PEN NEEDLE	197
tretinoin.....	77	TROGARZO.....	152	ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE	197
tretinoin (antineoplastic)....	20	<i>trospium</i>	82	ULTIGUARD SAFEPACK- INSULIN SYR	198
<i>tri femynor</i>	132	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS.....	194	ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE	198
<i>triamcinolone acetonide</i>	72,	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	194	ULTILET ALCOHOL SWAB.	198
75, 86		TRUE COMFORT PEN NEEDLE	194	ULTILET INSULIN SYRINGE	177, 198, 199
<i>triamterene-</i>		TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS.....	195	ULTILET PEN NEEDLE	199
<i>hydrochlorothiazid</i>	57	TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE.....	193, 194, 195	ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)	175, 188
<i>triazolam</i>	25	TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG	193, 194, 195	ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	169, 175, 199
<i>trientine</i>	115	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	193	ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)	199
<i>tri-estarrylla</i>	133	TRUEPLUS INSULIN... 195, 196			
<i>trifluoperazine</i>	45				
<i>trifluridine</i>	105				
<i>trihexyphenidyl</i>	38				
TRIJARDY XR	29				
<i>tri-legest fe</i>	133				
<i>tri-linyah</i>	133				

ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	200
ULTRA FLO PEN NEEDLE	200
ULTRA THIN PEN NEEDLE	200
ULTRACARE INSULIN SYRINGE	200, 201
ULTRACARE PEN NEEDLE	201
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT)	201
ULTRA-FINE PEN NEEDLE	201
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR	202
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL	202
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES	202
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE	202
UNIFINE PEN NEEDLE	202
UNIFINE PENTIPS	184, 202, 203
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	203
UNIFINE PENTIPS PLUS	203
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	203
UNIFINE PROTECT	203, 204
UNIFINE SAFECONTROL	204
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	204
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	204
UPTRAVI	110
ursodiol	80
UZEDY	45, 46

V	
<i>valacyclovir</i>	154
VALCHLOR	76
<i>valganciclovir</i>	154
<i>valproate sodium</i>	139
<i>valproic acid</i>	139
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	139
<i>valsartan</i>	53
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	53
VALTOCO	139
<i>valtya</i>	133
<i>vancomycin</i>	117
VANFLYTA	20
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE	204
VANISHPOINT SYRINGE	204
VAQTA (PF)	101
<i>varenicline tartrate</i>	24
VARIVAX (PF)	101
VAXCHORA VACCINE	101
VEGZELMA	20
VELTASSA	80
VEMLIDY	152
VENCLEXTA	20
VENCLEXTA STARTING PACK	20
<i>venlafaxine</i>	144
VEOZAH	109
<i>verapamil</i>	50, 51
VERIFINE INSULIN SYRINGE	204, 205
VERIFINE PEN NEEDLE	205
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	205
SHARP	205
VERQUVO	52
VERSACLOZ	46
VERSALON	206
VERZENIO	20
V-GO 20	206
V-GO 30	206
V-GO 40	206
vienna	134
<i>vigabatrin</i>	139
<i>vigadron</i>	139
<i>vigpoder</i>	139
<i>vilazodone</i>	144
<i>vinorelbine</i>	20
<i>viorele (28)</i>	134
VIRACEPT	152
VIREAD	152
<i>virt-c dha</i>	215
<i>virt-nate dha</i>	215
<i>virt-pn dha</i>	215
<i>virt-pn plus</i>	215
<i>vitafol gummies</i>	215
<i>vitafol nano</i>	215
<i>vitafol-ob+dha</i>	215
VITRAKVI	20, 21
VIZIMPRO	21
VOCABRIA	152
<i>volnea (28)</i>	134
VONJO	21
VORANIGO	21
<i>voriconazole</i>	146
VOSEVI	153
VOWST	109
<i>vp-ch-pnv</i>	216
<i>vp-pnv-dha</i>	216

VRAYLAR.....	46	XGEVA	62	ZELBORAF.....	22
VUMERTY.....	66	XIFAXAN	117	zenatane	76
VYALEV.....	38	XIGDUO XR.....	29	ZENPEP	212
<i>vylitra</i>	134	XiIDRA	107	<i>zidovudine</i>	152
VYLOY.....	21	XOLAIR	68	ZIIHERA.....	22
VYZULTA.....	103	XOSPATA.....	21	<i>zingiber</i>	216
W		XPOVIO	21, 22	<i>ziprasidone hcl</i>	46
<i>warfarin</i>	209	XTANDI	22	<i>ziprasidone mesylate</i>	46
WEBCOL.....	206	<i>xulane</i>	134	ZIRABEV	22
WELIREG	21	XULTOPHY 100/3.6	32	ZIRGAN	105
WINREVAIR.....	68	XYOSTED	83	ZOLADEX.....	22
<i>wixela inhub</i>	70	Y		ZOLINZA.....	22
X		YERVOY	22	<i>zolpidem</i>	62
XALKORI.....	21	YF-VAX (PF)	101	ZONISADE	140
XARELTO.....	209	YONSA.....	22	<i>zonisamide</i>	140
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START.....	209	<i>yuvafem</i>	84	<i>zovia 1-35 (28)</i>	134
XATMEP	21	Z		ZTALMY	140
XCOPRI.....	140	<i>zafemy</i>	134	ZTLIDO	115
XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	140	<i>zaflurkast</i>	70	ZURZUVAE.....	144
XDENVY.....	105	<i>zaleplon</i>	62	ZYDELIG	23
XELJANZ.....	95	<i>zatean-pn dha</i>	216	ZYKADIA	23
XELJANZ XR.....	95	<i>zatean-pn plus</i>	216	ZYLET	105
XERMELO.....	80	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR	109	ZYNLONTA	23
		ZEGALOGUE SYRINGE.....	109	ZYNYZ	23
		ZEJULA.....	22	ZYPREXA RELPREVV.....	46

Este formulario fue actualizado el 25 de marzo de 2025. Para información más reciente u otras preguntas, por favor contacte a Servicio al Cliente de Farmacia de PHP al (888) 436-5018, (usuarios de TTY llamen al 711), 24 horas al día, siete días a la semana o visite www.php-ca.org/for-members/drug-benefit/formulary.