



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 junio 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.

H5852_1085 2025 092724_C
Formulario de la Parte D de PHP 2025
ID del formulario: 00025189

Efectivo: 1 de julio de 2025
Actualizado: 25 de junio de 2025

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 diferentemente 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 1-800-263-0067. 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 Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-263-0067. 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。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 junio 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 médicamente 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 junio 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 hiciéramos 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 enviemos 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	reconstituído
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	26
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	59
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	60
Agentes De Trastorno De Sueño	61
Agentes Del Sistema Nervioso Central	62
Agentes Del Tracto Respiratorio	66
Agentes Dentales Y Orales	71
Agentes Dermatológicos	72
Agentes Gastrointestinales	76
Agentes Genitourinarios	80
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	81
Agentes Inmunológicos	87

Agentes Oftálmicos	102
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	116
Anticonceptivos.....	124
Anticonvulsivos	134
Antidepresivos	140
Antifúngicos.....	144
Antihistamínicos	146
Antimicobacteriales.....	146
Antivirales (Sitémico)	147
Cofactores Enzimáticos/Otros	154
Dispositivos	154
Preparaciones De Reemplazo	206
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen	207
Reemplazo/Modificadores De Enzima	210
Relajantes Musculares Esqueléticos	211
Vitaminas Y Minerales.....	212

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i> (Abirtega)	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i> (Zytiga)	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i> (abiraterone)	1	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)
AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG	4	PA NSO; QL (24 per 28 days)
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG	4	PA NSO; QL (66 per 28 days)
AXTLE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG	4	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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</i> (Vidaza) <i>100 mg</i>	4	
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	4	PA NSO; QL (84 per 28 days)
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</i> (Treanda) <i>soln 100 mg, 25 mg</i>	4	PA NSO
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS (Bendeka) SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO
BENDEKA INTRAVENOUS (bendamustine) SOLUTION 25 MG/ML	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	
BIZENGRI INTRAVENOUS SOLUTION 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML)	4	PA NSO; QL (75 per 28 days)
<i>bleomycin injection recon soln 15</i> <i>unit, 30 unit</i>	1	
<i>bortezomib injection recon soln 1</i> <i>mg, 2.5 mg</i>	3	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 3.5</i> (Velcade) <i>mg</i>	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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	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)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i> (Sprycel)	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i> (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)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i>	4	
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Caelyx)	4	PA BvD
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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	
EMRELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 20 MG	4	PA NSO
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, 25 mg</i>	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	3	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	1	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG (flutamide)	4	
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Torpenz)	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<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	
FAKZYNJA ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; QL (42 per 28 days)
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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fulvestrant intramuscular syringe</i> (Faslodex) <i>250 mg/5 ml</i>	4	
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	4	PA NSO
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (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 (lomustine) MG	3	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 (lomustine) MG, 40 MG	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
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln</i> (Ifex) <i>1 gram</i>	1	
<i>ifosfamide intravenous solution</i> 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml	1	
<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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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> (Lutrate Depot (3 month))	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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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 suspension 20 (Purixan) mg/ml</i>	4	
<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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	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)
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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
<i>paclitaxel protein-bound</i> (Abraxane) <i>intravenous suspension for</i> <i>reconstitution 100 mg</i>	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</i> <i>recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	4	
<i>pemetrexed disodium intravenous</i> <i>solution 25 mg/ml</i>	4	
<i>pemetrexed intravenous recon soln</i> <i>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)
QINLOCK ORAL TABLET 50 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	4	PA NSO; QL (240 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
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	4	PA NSO; QL (8 per 28 days)
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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
SCSEMBLIX 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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, (nilotinib hcl) 200 MG	4	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG (nilotinib hcl)	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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	1	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
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)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	4	PA NSO
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, 300 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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	4	PA NSO; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 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)
YERVOY 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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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> (Suboxone)	1	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	1	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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol</i> (Narcan) 4 mg/actuation	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> (Chantix)	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> (Chantix Starting Month Box)	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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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)
<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 concent</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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>	1	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i> (Halcion)	1	QL (60 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	1	
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	1	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	1	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 7 mg</i> (Namenda XR)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> (Exelon Patch)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Precose)	1	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	2	QL (30 per 30 days)
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> (Riomet)	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 750 mg</i>	5	QL (60 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	5	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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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)
<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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	2	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	2	QL (60 per 30 days)
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 propaned-metformin) BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG	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 propaned-metformin) BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	2	QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart</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 Insuln)	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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE- YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (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
SOLQUA 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio 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		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	2	PA; QL (1 per 30 days)
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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	2	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</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> (Maxalt-MLT)	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, sub</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>	1	QL (5 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	2	PA; QL (16 per 30 days)

Agentes Antinausea

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antinausea		
<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> (Emend)	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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>promethegan rectal suppository</i> (promethazine) 12.5 mg, 25 mg	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	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	3	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	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)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	4	PA; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	1	
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	4	QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	4	QL (2 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	4	QL (2 per 28 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	4	QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual</i> (Saphris) <i>tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution</i> <i>25 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral concentrate</i> <i>100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg,</i> <i>100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200</i> (Clozaril) <i>mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i> <i>100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i> <i>150 mg</i>	1	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i> <i>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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio 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, 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</i> (Haldol Decanoate) <i>intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	4	QL (1.75 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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</i> (Latuda)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	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, 7.5 mg</i>	1	
<i>olanzapine oral tablet 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa)	1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	4	ST
<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</i> (Invega)	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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
RYKINDO INTRAMUSCULAR (risperidone SUSPENSION, EXTENDED REL microspheres) RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	4	QL (2 per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	4	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)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	4	QL (0.14 per 28 days)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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</i> (Catapres-TTS-1) <i>weekly 0.1 mg/24 hr</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch</i> (Catapres-TTS-2) <i>weekly 0.2 mg/24 hr</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch</i> (Catapres-TTS-3) <i>weekly 0.3 mg/24 hr</i>	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	
<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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Pacerone)	1	
<i>amiodarone oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	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> (Tenormin)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	1	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	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> (sotalol)	1	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	1	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>timolol maleate oral tablet 20 mg, 5 mg</i>	1	
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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diltiazem 24hr er 360 mg cap</i> (Tiadylt ER) <i>once-a-day dosage</i>	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>	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	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
Agentes Cardiovasculares, Varios		

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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> (Digitek)	1	
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i> (Lanoxin)	1	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml</i> (Auvi-Q)	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	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 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	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> (Firazyr)	4	PA; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Corlanor)	2	QL (60 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	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)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina II		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	5	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	1	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG (sacubitril-valsartan)	2	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG	2	QL (240 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	5	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	5	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	5	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	5	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	5	
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> (Tribenzor)	1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	5	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg</i>	5	
<i>telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	5	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i> (Caduet)	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> (Caduet) 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	1	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg	1	
<i>atorvastatin oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg (Lipitor)	5	QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet</i> 4 gram (Questran)	1	
<i>cholestyramine light oral powder in packet</i> 4 gram	1	
<i>colesevelam oral powder in packet</i> 3.75 gram (WelChol)	1	
<i>colesevelam oral tablet</i> 625 mg (WelChol)	1	
<i>colestipol oral packet</i> 5 gram	1	
<i>colestipol oral tablet</i> 1 gram (Colestid)	1	
<i>ezetimibe oral tablet</i> 10 mg (Zetia)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i> 10-10 mg (Vytorin 10-10)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i> 10-20 mg (Vytorin 10-20)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i> 10-40 mg (Vytorin 10-40)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i> 10-80 mg (Vytorin 10-80)	1	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule</i> 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg	1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet</i> 145 mg, 48 mg (Tricor)	1	
<i>fenofibrate oral tablet</i> 120 mg, 160 mg, 40 mg, 54 mg	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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> (Lescol XL)	1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i> (Vascepa)	1	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i> (Vascepa)	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> (Niacor)	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> (niacin)	1	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	1	ST; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Livalo)	1	QL (30 per 30 days)
<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>	1	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	2	ST; QL (7 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
<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</i> (Lasix)	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	1	
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	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</i> (Lotensin HCT)	5	
<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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<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> (Inspra)	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 Titrados)	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	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	1	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Lotronex)	1	
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	1	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i> (Uceris)	1	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i> (Pentasa)	1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i> (Lialda)	1	QL (120 per 30 days)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	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)
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	1	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar)	1	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	4	QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	1	QL (1 per 28 days)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	4	PA; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	1	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	1	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	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)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	4	PA; QL (1.56 per 30 days)
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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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)
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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i> (Adderall XR)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Adderall)	1	QL (60 per 30 days)
<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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
<i>methylphenidate hcl oral solution</i> (Methylin) <i>10 mg/5 ml</i>	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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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,</i> (Xenazine) <i>25 mg</i>	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		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	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
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	1	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	4	PA; QL (1 per 28 days)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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 (fluticasone furoate-vilanterol)	2	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
<i>breynd inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> (budesonide-formoterol)	1	QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	1	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	1	QL (36 per 30 days)
<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
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (umeclidinium-vilanterol)	2	QL (60 per 30 days)
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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
<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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<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 topical ointment 0.05 %</i>	(Diprolene (augmented))	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 %</i>	(Clobex)	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i> (Olux-E)	1	
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	1	
<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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
hydrocortisone topical ointment 2.5 %	1	
hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %	1	
mometasone topical cream 0.1 %	1	
mometasone topical ointment 0.1 %	1	
mometasone topical solution 0.1 %	1	
pimecrolimus topical cream 1 % (Elidel)	1	QL (100 per 30 days)
procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 % (hydrocortisone)	1	
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 % (hydrocortisone)	1	
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 % (hydrocortisone)	1	
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %	1	QL (100 per 30 days)
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %	1	
triamcinolone acetonide topical cream 0.5 % (Triderm)	1	
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %	1	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	1	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 % (Trianex)	1	
Agentes Dermatológicos, Otros		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	1	
acyclovir topical ointment 5 % (Zovirax)	1	QL (30 per 30 days)
ammonium lactate topical cream 12 %	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ammonium lactate topical lotion</i> (AmLactin) 12 %	1	
<i>calcipotriene scalp solution</i> 0.005 %	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream</i> 0.005 %	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment</i> 0.005 %	1	QL (120 per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream</i> 5 % (Efudex)	1	
<i>fluorouracil topical solution</i> 2 %, 5 %	1	
<i>imiquimod topical cream in packet</i> 5 %	1	QL (24 per 30 days)
ISOPROPYL ALCOHOL TOPICAL SWAB 70 %	1	
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	2	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel</i> 10 mg	4	
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	4	QL (60 per 28 days)
<i>podofilox topical solution</i> 0.5 %	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</i> 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg (isotretinoin)	1	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical solution</i> 1 %	1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab</i> 1 % (Clindacin ETZ)	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel</i> 1-5 %	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<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	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	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		

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>	(Acid Reducer (esomeprazole))	1	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	(Nexium)	1	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i>	(Nexium Packet)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	(Nexium Packet)	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	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	(Prevacid)	1	QL (60 per 30 days)
<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	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i>	(Protonix)	1	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	(AcipHex)	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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	1	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu)	4	PA
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	1	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	1	
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (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	
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	2	QL (30 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	1	
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Reltone)	4	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (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		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	1	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
Laxantes		

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML		2	
<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 2 pack (480ml)</i>		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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	1	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	1	
MYRBETRIQ ORAL TABLET (mirabegron) EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	1	
<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</i> (Vesicare)	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, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Euthyrox)	1	
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	
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</i> (Depo-Testosterone) <i>intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	1	PA
<i>testosterone cypionate</i> <i>intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate</i> <i>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> (Vogelxo)	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (AndroGel)	1	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i> (AndroGel)	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> (Estrace)	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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio 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, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	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 oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	1	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide injection</i> (Kenalog) <i>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)
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	4	PA; QL (35 per 28 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,</i> (DDAVP) <i>0.2 mg</i>	1	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA
<i>lanreotide subcutaneous syringe</i> (Somatuline Depot) <i>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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio 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
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) (leuprolide (3 month)) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	3	PA NSO
NORDITROPIN FLEXP 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</i> <i>solution 1,000 mcg/ml, 200</i> <i>mcg/ml</i>	1	
<i>octreotide acetate injection</i> (Sandostatin) <i>solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml,</i> <i>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 (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	4	PA NSO; QL (0.2 per 28 days)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	4	PA NSO; QL (0.3 per 28 days)
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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio 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 (tacrolimus) CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG	3	PA BvD
ASTAGRAF XL ORAL (tacrolimus) 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio 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
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC- (adalimumab-adbm) HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	4	PA
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV (adalimumab-adbm) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	4	PA
CYLTEZO(CF) PEN (adalimumab-adbm) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	4	PA
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-adbm) SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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)</i> (Zortress) <i>oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75</i> <i>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</i> (cyclosporine <i>mg</i> 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-UEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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</i> (Remicade) <i>100 mg</i>	4	PA
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	4	PA
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20</i> (Arava) <i>mg</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> (CellCept Intravenous) <i>intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (CellCept) <i>capsule 250 mg</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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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
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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	4	PA
STELARA INTRAVENOUS (ustekinumab) SOLUTION 130 MG/26 ML	4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS (ustekinumab) SOLUTION 45 MG/0.5 ML	4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS (ustekinumab) SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	4	PA
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	1	PA BvD
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	4	PA; QL (180 per 30 days)
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
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	4	PA
TYENNE 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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 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
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	4	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	2	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	2	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	4	PA
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS (adalimumab-aaty) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	4	PA
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR (adalimumab-aaty) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	4	PA
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-aaty) SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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	
DENG VAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	2	QL (3 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	2	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	2	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	2	PA BvD; \$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	2	\$0 copay
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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	2	\$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	2	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	2	\$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	2	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	2	PA BvD; \$0 copay
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	2	\$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	2	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	2	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	2	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	2	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	2	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	2	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	2	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	2	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	2	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	2	\$0 copay
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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
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
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	
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	2	\$0 copay	
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION 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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	
RHOPRESSA OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	2	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	2	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	2	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i> (Zioptan (PF))	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> (Betimol)	1	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i> (Travatan Z)	1	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPTHALMIC (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> (Polycin)	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<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> (Neo-Polycin HC)	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neo-Polycin)	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> (Maxitrol)	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g- 10,000 unit/g-0.1 %</i> (Maxitrol)	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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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> (Ocuflox)	1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	1	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (bacitracin-polymyxin b)	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	
XDEMVI OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	4	PA; QL (10 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	3	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	2	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) (loteprednol DROPS,SUSPENSION 0.2 % etabonate)	2	ST
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> (Prolensa) 0.07 %	1	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> (BromSite) 0.075 %	1	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> 0.09 %	1	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye)</i> (Restasis) <i>dropperette</i> 0.05 %	1	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> <i>ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 %	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic</i> <i>(eye) drops</i> 0.1 %	1	
<i>difluprednate ophthalmic (eye)</i> (Durezol) <i>drops</i> 0.05 %	1	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	2	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol</i> <i>25 mcg (0.025 %)</i>	1	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear)</i> (DermOtic Oil) <i>drops</i> 0.01 %	1	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye)</i> (FML Liquifilm) <i>drops,suspension</i> 0.1 %	3	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic</i> <i>(eye) drops</i> 0.03 %	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i> (24 Hour Allergy Relief)	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	2	
INVELTYS OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	2	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Acular)	1	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	2	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	2	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i> (Lotemax)	1	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i> (Alrex)	1	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	1	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i> (Allergy Nasal (mometasone))	1	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte)	3	
XIIDRA OPTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	2	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	1	
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (Astepro Allergy)	1	QL (30 per 25 days)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops</i> 0.05 %	1	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops</i> 4 %	1	
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops</i> 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)
MIEBO (PF) OPTHALMIC (EYE) DROPS 100 %	2	QL (12 per 28 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 % (Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> 0.2 % (Eye Allergy Itch Relief)	1	
Agentes Terapeuticos		
Misceláneos		
Agentes Terapeuticos		
Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	4	PA
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON- AEROSOL 3 MG/ACTUATION	2	
<i>betaine oral powder</i> 1 gram/scoop (Cystadane)	4	PA
<i>buspirone oral tablet</i> 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	1	
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA
<i>diazoxide oral suspension</i> 50 mg/ml (Proglycem)	1	
<i>glutamine (sickle cell) oral powder</i> in packet 5 gram (Endari)	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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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</i> 25 mg, 50 mg	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet</i> 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	1	
<i>mesna oral tablet</i> 400 mg (Mesnex)	4	
<i>nitroglycerin rectal ointment</i> 0.4 % (Rectiv) (w/w)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> (Mestinon) 60 mg	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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i> (Flector)	3	PA; 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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i> (Pennsaid)	4	PA; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	1	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	1	
<i>ec-naproxen dr 375 mg tablet</i> (naproxen)	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> (Lurbipr)	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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	
<i>venngel one topical kit 1 %</i>	1	QL (1000 per 30 days)
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</i> (Butrans) <i>weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i> (Fioricet) <i>oral capsule 50-300-40 mg</i>	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>	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)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	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</i> (Dilaudid)	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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	3	QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	3	QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 60 mg</i> (MS Contin)	1	QL (60 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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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)
<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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	4	PA; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin injection solution 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 inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	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> (Cleocin HCl)	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	1	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	4	
<i>daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg</i>	4	
<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	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	1	QL (60 per 30 days)
<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	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	1	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	2	PA; QL (9 per 30 days)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	4	PA; QL (90 per 30 days)
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
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	4	QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	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> (Unasyn)	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	
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	3	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	1	
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i> (Pfizerpen-G)	1	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>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 suv, p/f, outer</i>	1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> <i>intravenous piggyback 400</i> <i>mg/250 ml</i> (Avelox in NaCl (iso-osmotic))	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> <i>oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> <i>oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> <i>oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg,</i> <i>300 mg</i>	1	
<i>doxy-100 intravenous recon soln</i> <i>100 mg</i> (doxycycline hyclate)	1	
<i>doxycycline hyclate intravenous</i> <i>recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i> <i>100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50</i> <i>mg</i> (Morgidox)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100</i> <i>mg, 150 mg, 20 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50</i> <i>mg</i> (Targadox)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral</i> <i>capsule 100 mg</i> (Mondoxine NL)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral</i> <i>capsule 150 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral</i> <i>capsule 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1	
<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>	(Apri)	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>estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/35 (28))	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/50 (28))	1	
<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.estradiol-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.estradiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-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>juleber 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		3	
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>luteria (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG		3	
<i>mono-lynyah oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG		2	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol 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	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Aurovela Fe 1-20 (28))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Aurovela Fe 1.5/30 (28))	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral</i> (Tilia Fe) <i>tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral</i> (Tri-Lo-Estarylla) <i>tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral</i> (Tri-Estarylla) <i>tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral</i> (Estarylla) <i>tablet 0.25-0.035 mg</i>	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	
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	1	
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG		3	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (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-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tri-lo-marzia oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-mili oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-mili oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-nymyo oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-previfem (28) oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>trivora (28) oral tablet</i> 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>tri-vylibra lo oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-vylibra oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>turqoz (28) oral tablet</i> 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>valtya oral tablet</i> 1-50 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>vienva oral tablet</i> 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>violele (28) oral tablet</i> 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>volnea (28) oral tablet</i> 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>vylibra oral tablet</i> 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
Anticonvulsivos			
Anticonvulsivos			
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	(eslicarbazepine)	4	ST; QL (30 per 30 days)
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	(eslicarbazepine)	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)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	(Carbatrol)	1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	(Tegretol)	1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	(Epitol)	1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	(Tegretol XR)	1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg, 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	1	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	1	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	4	PA NSO; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	4	PA NSO; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	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> (Depakote Sprinkles)	1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	4	PA NSO
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	1	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	3	ST
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg</i> (Aptiom)	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Aptiom)	4	ST; QL (60 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	3	QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	1	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	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)
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG (phenytoin sodium extended)	3	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle</i> (Topamax) <i>15 mg, 25 mg</i>	1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle</i> <i>50 mg</i>	1	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral powder in packet</i> (Vigadrone) <i>500 mg</i>	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet</i> (vigabatrin) <i>500 mg</i>	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet</i> (vigabatrin) <i>500 mg</i>	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	2	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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	2	QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	2	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)	2	
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	3	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	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	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	1	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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> (Anafranil)	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> (Pristiq)	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> (Cymbalta)	1	QL (60 per 30 days)
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 5 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	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 mg, 40 mg</i> (Prozac)	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	3	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	1	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab)	1	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	PA NSO; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	1	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	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	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
<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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	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	
<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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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</i> (Diflucan)	1	
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 200 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, 165 mg, 250 mg</i>	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	
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	1	
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	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</i> (nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i> (Noxafil)	4	PA
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	4	PA BvD
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	4	PA
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i> (Vfend)	1	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	
<i>isoniazid oral 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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rifampin intravenous recon soln</i> (Rifadin) 600 mg	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 (Sitémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	1	
APRETUDE INTRAMUSCULAR (cabotegravir) SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML)	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</i> (Reyataz)	1	
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> (Apretude)	4	QL (24 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	4	
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG (emtricitabine-rilpivirine-tenofovir df)	4	
darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg (Prezista)	4	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	4	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	4	
didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg	1	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	4	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	4	
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG	4	
efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg	1	
efavirenz oral tablet 600 mg	1	
efavirenz-emtricitabine-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg	4	
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg (Symfi Lo)	4	
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 600-300-300 mg (Symfi)	4	
emtricitabine oral capsule 200 mg (Emtriva)	1	
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg (Truvada)	4	
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg (Truvada)	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i> (Kaletra) 400-100 mg/5 ml	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	
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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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</i> (Norvir)	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
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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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		
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 (sofosbuvir- velpatasvir) MG	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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
oseltamivir oral capsule 30 mg (Tamiflu)	1	QL (84 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg (Tamiflu)	1	QL (48 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 75 mg (Tamiflu)	1	QL (42 per 180 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml (Tamiflu)	1	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	1	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	1	QL (11 per 28 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	1	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
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		

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	1	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	1	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	1	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	4	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	1	
Cofactores Enzimáticos/Otros		
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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM (pen needle, diabetic) 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTTP 29GX1/2" (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTTP 31GX3/16 (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTTP 32GX5/32 (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE NEEDLE (pen needle, diabetic) 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
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 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM (pen needle, diabetic) 29G 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
AUTOSHIELD DUO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 1/2" 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 (insulin syringe-needle 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
BD INS SYR UF 0.5 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL u-100) SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
BD INS SYRNG UF 0.3 ML (insulin syringe-needle 8MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
BD INS SYRNG UF 0.5 ML (insulin syringe-needle 8MMX31G 0.5 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (insulin syringe needleless)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE U-500 SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin u-500 syringe-needle)	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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G (insulin syr/ndl u100 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X half mark) 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
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 (alcohol swabs) PADS	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 (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio 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 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PAD	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML (insulin syringe-needle SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 8MM 1/2 ML 29 X5/16 " u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM (insulin syringe-needle 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM (insulin syringe-needle 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML u-100) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML u-100) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 u-100) GAUGE X 5/16	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X u-100) 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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
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 (Ultra Comfort Insulin SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 Syringe)	1	PA; ST
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE (Ultra Comfort Insulin SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE Syringe)	1	PA; ST
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE (Ultra Comfort Insulin SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" Syringe)	1	PA; ST
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" (Advocate Syringes) SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (pen needle, diabetic) (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
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 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" u-100)	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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	2	
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) (Droplet Insulin 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" Syr(half unit))	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (Comfort EZ Insulin (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (Comfort EZ Insulin (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (Comfort EZ Insulin (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" (Advocate Syringes) SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2" (Easy Touch Insulin INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML (insulin syringe-needle 29 GAUGE u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML (Sure Comfort Insulin 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML (insulin syringe-needle 29 u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML (Droplet Insulin 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" 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" Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G (BD SafetyGlide 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8" Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28GX1/2" (Comfort EZ Insulin (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" Syringe)	1	PA; ST

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 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 (pen needle, diabetic) STERILE 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
MONOJECT 0.5 ML SYRN (insulin syringe-needle u-100) 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	1	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"		1 PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NOVOFINE 30 NEEDLE	1	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	1	PA; ST
NOVOTWIST NEEDLE 32 GAUGE X 1/5"	1	PA; ST
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)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PC UNIFINE PENTIPS 8MM (pen needle, diabetic) NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 (Embrace Pen Needle) GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 (CareFine Pen Needle) GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE (1st Tier Unifine 29 GAUGE X 1/2" Pentips Plus)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
PEN NEEDLES 6MM 31G (1st Tier Unifine 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4" Pentips)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G (pen needle, diabetic) 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" (pen needle, diabetic) MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" (pen needle, diabetic) SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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% (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G X (pen needle, diabetic) 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 5MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE X 1/2" 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		1	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"		1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort Touch Pen Needle)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"		1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 CMFRT PRO 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G (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
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 (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	1	PA; ST
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
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 0.5 ML 31G 8MM (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTIGUARD SAFEPAK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK 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
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML (insulin syringe-needle 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML u-100) 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 (insulin syringe-needle ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 u-100) 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 (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.3 ML 30 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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 OTC PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	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
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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		
<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution</i>	(d5 % and 0.9 % sodium chloride)	1
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	(D5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr)	1
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>		1
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	(potassium chloride)	1
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	(potassium chloride)	1
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	(potassium chloride)	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
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i>	(Klor-Con 10)	1
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq, 20 meq</i>		1
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i>	(Klor-Con 8)	1
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	(Klor-Con M10)	1

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	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		
<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)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	2	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	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.

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	2	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 100 mg/ml, 150 mg/ml	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	1	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 30 mg/0.3 ml	1	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 40 mg/0.4 ml	1	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 60 mg/0.6 ml	1	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> 10 mg/0.8 ml (Arixtra)	4	QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> 2.5 mg/0.5 ml (Arixtra)	1	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> 5 mg/0.4 ml (Arixtra)	4	QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> 7.5 mg/0.6 ml (Arixtra)	4	QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection solution</i> 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	1	
<i>jantoven oral tablet</i> 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg (warfarin)	1	
<i>warfarin oral tablet</i> 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg (Jantoven)	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)

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	2	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG	2	QL (60 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG (rivaroxaban)	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 (ticagrelor)	2	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	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</i> (Effient)	1	QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	(eltrombopag olamine)	4	PA; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	(eltrombopag olamine)	4	PA; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	(eltrombopag olamine)	4	PA; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	(eltrombopag olamine)	4	PA; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	(eltrombopag olamine)	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)
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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (sapropterin)	4	PA
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	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</i> (Javygtor)	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
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	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	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</i> (Zanaflex)	1	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	1	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	1	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	1	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	1	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	1	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	1	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	1	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	1	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron- 1 mg -50 mg</i>	1	
<i>o-cal prenatal oral tablet 15 mg iron- 1,000 mcg</i>	1	
<i>pnv 29-1 oral tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>pnv prenatal plus multivit tab (pnv,calcium 72-iron-gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg folic acid)</i>	1	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	1	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	1	
<i>prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i>	1	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	1	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	1	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	1	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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 iron- 1 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	
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
<i>pretab oral tablet 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 oral capsule 28-1-300 mg</i>	1	

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

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

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

Efective 1 de julio de 2025
Actualizado 25 de junio de 2025

ÍNDICE

1		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS		
.....	154, 155	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS		
PLUS	155	
A		
<i>abacavir</i>	147	
<i>abacavir-lamivudine</i>	147	
ABELCET	144	
ABILIFY ASIMTUFII	38, 39	
ABILIFY MAINTENA	39	
<i>abiraterone</i>	3	
<i>abirtega</i>	3	
ABOUTTIME PEN NEEDLE	155	
ABRYSVO (PF)	95	
<i>acamprosate</i>	23	
<i>acarbose</i>	27	
<i>acebutolol</i>	48	
<i>acetaminophen-codeine</i>	112	
<i>acetazolamide</i>	102	
<i>acetazolamide sodium</i>	102	
<i>acetic acid</i>	103	
<i>acetylcysteine</i>	66	
<i>acitretin</i>	74	
ACTEMRA	88	
ACTEMRA ACTPEN	87	
ACTHAR	85	
ACTHAR SELFJECT	85	
ACTHIB (PF)	95	
ACTIMMUNE	108	
<i>acyclovir</i>	74, 154	
<i>acyclovir sodium</i>	154	
ADACEL(TDAP		
ADOLESN/ADULT)(PF)	96	
<i>adapalene</i>	76	
<i>adefovir</i>	154	
ADEMPAS	110	
<i>adrucil</i>	3	
ADVAIR HFA	68	
ADVOCATE PEN NEEDLE	155,	
156		
ADVOCATE SYRINGES	155	
<i>afirmelle</i>	124	
AIMOVIG AUTOINJECTOR ..	33	
AIRSUPRA	68, 69	
AJOVY AUTOINJECTOR	33	
AJOVY SYRINGE	33	
AKEEGA	3	
<i>ala-cort</i>	72	
<i>albendazole</i>	36	
<i>albuterol sulfate</i>	69, 70	
ALCOHOL PADS	156	
ALCOHOL PREP PADS	179	
ALCOHOL PREP SWABS	156	
ALCOHOL SWABS	156	
ALCOHOL WIPES	156	
ALECENSA	3	
<i>alendronate</i>	60	
<i>alfuzosin</i>	80	
<i>aliskiren</i>	58	
<i>allopurinol</i>	33	
<i>alosetron</i>	59	
<i>alprazolam</i>	24	
ALREX	106	
<i>altavera (28)</i>	124	
ALTRENO	76	
ALUNBRIG	3	
ALVAIZ	209	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	124	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	124	
ALYFTREK	66	
<i>alyq</i>	110	
<i>amantadine hcl</i>	37	
<i>amethyst (28)</i>	124	
<i>amikacin</i>	116	
<i>amiloride</i>	56	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>		
.....	56	
<i>amiodarone</i>	48	
<i>amitriptyline</i>	140	
<i>amlodipine</i>	53	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	53, 54	
<i>amlodipine-benazepril</i>	53	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	53	
<i>amlodipine-valsartan</i>	53	
<i>amlodipine-valsartan-</i>		
<i>hcthiazid</i>	53	
<i>ammonium lactate</i>	74, 75	
<i>amoxapine</i>	140	
<i>amoxicil-clarithromy-</i>		
<i>lansopraz</i>	77	
<i>amoxicillin</i>	120	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>		
.....	120, 121	
<i>amphotericin b</i>	144	
<i>amphotericin b liposome</i> ...	144	

ampicillin 121
ampicillin sodium 121
ampicillin-sulbactam 121
anagrelide 207
anastrozole 3
 ANKTIVA 3
 ANORO ELLIPTA 70
aprepitant 35
 APRETUDE 147
apri 124
 APTIOM 134
 APTIVUS 147
 AQINJECT PEN NEEDLE 156
 ARCALYST 88
 AREXVY (PF) 96
 AREXVY ANTIGEN
 COMPONENT 96
 ARIKAYCE 116
aripiprazole 39
 ARISTADA 39, 40
 ARISTADA INITIO 39
armodafinil 61
 ARNUITY ELLIPTA 68
asenapine maleate 40
aspirin-dipyridamole 209
 ASSURE ID DUO PRO SFTY
 PEN NDL 156
 ASSURE ID DUO-SHIELD .. 156
 ASSURE ID INSULIN SAFETY
 156, 157
 ASSURE ID PEN NEEDLE ... 156
 ASSURE ID PRO PEN NEEDLE
 157
 ASTAGRAF XL 88
atazanavir 147
atenolol 48

atenolol-chlorthalidone 48
atomoxetine 62
atorvastatin 54
atovaquone 36
atovaquone-proguanil 36
atropine 107
 ATROVENT HFA 70
aubra eq 124
 AUGTYRO 3
aurovela 1.5/30 (21) 124
aurovela 1/20 (21) 125
aurovela 24 fe 125
aurovela fe 1.5/30 (28) 125
aurovela fe 1-20 (28) 125
 AUSTEDO 62
 AUSTEDO XR 62
 AUSTEDO XR TITRATION
 KT(WK1-4) 62
 AUTOSHIELD DUO PEN
 NEEDLE 157
 AUVELITY 140
aviane 125
 AVMAPKI 3
 AVMAPKI-FAKZYNJA 3
 AVONEX 62, 63
 AXTLE 3
ayuna 125
 AYVAKIT 4
azacitidine 4
azathioprine 88
azathioprine sodium 88
azelastine 107, 108
azithromycin 119, 120
aztreonam 118
azurette (28) 125

B

bacitracin 103
bacitracin-polymyxin b 103
baclofen 211
bal-care dha 212
bal-care dha essential 212
balsalazide 59
 BALVERSA 4
 BAQSIMI 108
 BCG VACCINE, LIVE (PF) 96
 BD ALCOHOL SWABS 159
 BD AUTOSHIELD DUO PEN
 NEEDLE 157
 BD ECLIPSE LUER-LOK 157
 BD INSULIN SYRINGE 158
 BD INSULIN SYRINGE (HALF
 UNIT) 157
 BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP
 158
 BD INSULIN SYRINGE U-500
 158
 BD INSULIN SYRINGE ULTRA-
 FINE 157
 BD NANO 2ND GEN PEN
 NEEDLE 158
 BD SAFETYGLIDE INSULIN
 SYRINGE 158, 159
 BD SAFETYGLIDE SYRINGE
 159
 BD ULTRA-FINE MICRO PEN
 NEEDLE 159
 BD ULTRA-FINE MINI PEN
 NEEDLE 159
 BD ULTRA-FINE NANO PEN
 NEEDLE 159

BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE.....	159	<i>bleomycin</i>	4	<i>butalbital-acetaminophen-</i> <i>caff</i>	112, 113
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE.....	159	<i>blisovi 24 fe</i>	125	C	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT).....	159	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	125	CABENUVA	147
BD VEO INSULIN SYRINGE UF	159, 160	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	125	<i>cabergoline</i>	37
BELSOMRA	61	BOOSTRIX TDAP	96	CABOMETYX	5
<i>benazepril</i>	57	BORDERED GAUZE.....	160	<i>cabotegravir</i>	147
<i>benazepril-</i> <i>hydrochlorothiazide</i>	57	<i>bortezomib</i>	4	<i>calcipotriene</i>	75
<i>bendamustine</i>	4	BORUZU	4	<i>calcitonin (salmon)</i>	60
BENDAMUSTINE.....	4	<i>bosentan</i>	110	<i>calcitriol</i>	60
BENDEKA.....	4	BOSULIF.....	4, 5	<i>calcium acetate(phosphat</i> <i>bind)</i>	79
BENLYSTA	88	BRAFTOVI	5	CALQUENCE.....	5
<i>benztropine</i>	37	BREO ELLIPTA.....	68	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	5
BESREMI	88	<i>brey-na</i>	68	<i>camila</i>	125
<i>betaine</i>	108	BREZTRI AEROSPHERE.....	70	<i>candesartan</i>	51
<i>betamethasone dipropionate</i>	72	BRILINTA.....	209	<i>candesartan-</i> <i>hydrochlorothiazid</i>	52
<i>betamethasone valerate</i>	72	<i>brimonidine</i>	102	CAPLYTA.....	40
<i>betamethasone, augmented</i>	72	<i>brimonidine-timolol</i>	102	CAPRELSA	5
BETASERON.....	63	<i>brinzolamide</i>	102	<i>captopril</i>	57
<i>betaxolol</i>	102	BRIVIACT	134	<i>carbamazepine</i>	134
<i>bethanechol chloride</i>	80	<i>bromfenac</i>	106	<i>carbidopa-levodopa</i>	37, 38
<i>bexarotene</i>	4	<i>bromocriptine</i>	37	CAREFINE PEN NEEDLE.....	160
BEXSERO.....	96	BRONCHITOL	66	CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD.....	160
<i>bicalutamide</i>	4	BRUKINSA.....	5	CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....	161
BICILLIN L-A	121	<i>budesonide</i>	59, 60, 68	CARETOUCH PEN NEEDLE	160
BIKTARVY	147	<i>budesonide-formoterol</i>	69	<i>carglumic acid</i>	78
<i>bimatoprost</i>	102	<i>bumetanide</i>	56	<i>carteolol</i>	102
<i>bisoprolol fumarate</i>	48	<i>buprenorphine</i>	112	<i>cartia xt</i>	49
<i>bisoprolol-</i> <i>hydrochlorothiazide</i>	48	<i>buprenorphine hcl</i>	23	<i>carvedilol</i>	49
BIZENGRI	4	<i>buprenorphine-naloxone</i>	23, 24	CAYSTON	118
		<i>bupropion hcl</i>	140	<i>cefaclor</i>	118
		<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	24		
		<i>buspirone</i>	108		
		<i>butalbital-acetaminop-caf-</i> <i>cod</i>	112		

<i>cefadroxil</i>	118	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	104	COBENFY.....	40
<i>cefazolin</i>	118	<i>citalopram</i>	141	COBENFY STARTER PACK....	40
<i>cefdinir</i>	118	<i>clarithromycin</i>	120	<i>colchicine</i>	33
<i>cefepime</i>	118	CLENPIQ.....	80	<i>colesevelam</i>	54
<i>cefixime</i>	118	CLICKFINE PEN NEEDLE....	161	<i>colestipol</i>	54
<i>cefoxitin</i>	119	<i>clindamycin hcl</i>	116	<i>colistin (colistimethate na)</i>	117
<i>cefpodoxime</i>	119	<i>clindamycin phosphate</i>	75, 115, 117	COMBIVENT RESPIMAT	70
<i>cefprozil</i>	119	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	75	COMETRIQ.....	5
<i>ceftazidime</i>	119	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	46	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	161, 162, 163
<i>ceftriaxone</i>	119	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	46	COMFORT EZ PEN NEEDLES	162, 163
<i>cefuroxime axetil</i>	119	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	47	COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL	163
<i>cefuroxime sodium</i>	119	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE.....	47	COMFORT TOUCH PEN NEEDLE.....	164
<i>celecoxib</i>	110	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE.....	47	COMPLERA	148
<i>cephalexin</i>	119	<i>clobazam</i>	135	<i>completenate</i>	212
<i>cevimeline</i>	71	<i>clobetasol</i>	72, 73	<i>compro</i>	35
<i>chateal eq (28)</i>	125	<i>clobetasol-emollient</i>	73	<i>constulose</i>	78
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	24	<i>clomipramine</i>	141	COPIKTRA	5
<i>chlorhexidine gluconate</i>	71	<i>clonazepam</i>	25	CORLANOR.....	51
<i>chloroquine phosphate</i>	36	<i>clonidine</i>	47	CORTROPHIN GEL	85
<i>chlorpromazine</i>	40	<i>clonidine hcl</i>	47	COSENTYX	89, 108
<i>chlorthalidone</i>	56	<i>clopidogrel</i>	209	COSENTYX (2 SYRINGES)	88
<i>cholestyramine (with sugar)</i>	54	<i>clorazepate dipotassium</i>	25	COSENTYX PEN (2 PENS)	89
<i>cholestyramine light</i>	54	<i>clotrimazole</i>	144	COSENTYX UNOREADY PEN	89
<i>ciclopirox</i>	144	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	144	COTELLIC.....	5
<i>cilostazol</i>	209	<i>clozapine</i>	40	CREON	210
CIMDUO	148	<i>c-nate dha</i>	212	<i>cromolyn</i>	66, 78, 108
<i>cimetidine hcl</i>	77	COARTEM.....	36	<i>cryselle (28)</i>	125
CIMZIA	88			CURAD GAUZE PAD	164
CIMZIA POWDER FOR RECONST	88			CURITY ALCOHOL SWABS	164
<i>cinacalcet</i>	60			CURITY GAUZE.....	164, 165
CINQAIR	66			<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	125
<i>ciprofloxacin hcl</i>	103, 122				
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	122				

<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	125	<i>decitabine</i>	6	<i>dicyclomine</i>	78
<i>cyclobenzaprine</i>	211	<i>deferasirox</i>	115	<i>didanosine</i>	148
<i>cyclophosphamide</i>	6	DELSTRIGO.....	148	DIFICID	120
<i>cyclosporine</i>	89, 106	<i>demeclocycline</i>	123	<i>difluprednate</i>	106
<i>cyclosporine modified</i>	89	DENGVAIA (PF)	96	<i>digoxin</i>	51
CYLTEZO(CF)	89	<i>denta 5000 plus</i>	71	<i>dihydroergotamine</i>	33
CYLTEZO(CF) PEN.....	89	<i>dentagel</i>	71	<i>diltiazem hcl</i>	50
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S- UC-HS	89	DEPO-SUBQ PROVERA	104 87	<i>dilt-xr</i>	50
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS- UV	89	DERMACEA	165	<i>dimethyl fumarate</i>	63
<i>cyred eq</i>	125	DERMACEA NON-WOVEN	165	<i>diphenoxylate-atropine</i>	78
D		<i>dermacinrx lidocan</i>	114	<i>dipyridamole</i>	209
<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr</i>	206	DESCOVY	148	<i>disulfiram</i>	24
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	206	<i>desipramine</i>	141	<i>divalproex</i>	135
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	206	<i>desmopressin</i>	85	<i>dofetilide</i>	48
<i>dabigatran etexilate</i>	207	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	126	<i>dolishale</i>	126
<i>dalfampridine</i>	63	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	126	<i>donepezil</i>	26
<i>danazol</i>	82	<i>desvenlafaxine succinate</i> ..	141	<i>dorzolamide</i>	102
<i>dantrolene</i>	211, 212	<i>dexamethasone</i>	84	<i>dorzolamide-timolol</i>	102
DANYELZA	6	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	84, 106	DOVATO	148
DANZITEN.....	6	<i>dextroamphetamine-</i> <i>amphetamine</i>	63	<i>doxazosin</i>	47
<i>dapsone</i>	146	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	47	<i>doxepin</i>	141
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	96	DIACOMIT	135	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> ...	6
<i>daptomycin</i>	117	<i>diazepam</i>	25, 135	<i>doxy-100</i>	123
<i>darunavir</i>	148	<i>diazepam intensol</i>	25	<i>doxycycline hyclate</i>	123
<i>dasatinib</i>	6	<i>diazoxide</i>	108	<i>doxycycline monohydrate</i>	123, 124
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	126	<i>diclofenac epolamine</i>	110	DRIZALMA SPRINKLE.....	141
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	126	<i>diclofenac potassium</i>	110	<i>dronabinol</i>	35
DATROWAY	6	<i>diclofenac sodium</i>	106, 110, 111	DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)	165, 166
DAURISMO	6	<i>diclofenac-misoprostol</i>	111	DROPLET INSULIN SYRINGE	165, 166, 167
<i>deblitane</i>	126	<i>dicloxacillin</i>	121	DROPLET MICRON PEN NEEDLE.....	167
				DROPLET PEN NEEDLE	167, 168

DROPSAFE ALCOHOL PREP	
PADS	168
DROPSAFE INSULIN SYRINGE	
.....	168
DROPSAFE PEN NEEDLE...	168
<i>droxidopa</i>	47
DUAVEE	82
<i>duloxetine</i>	141
DUPIXENT PEN.....	90
DUPIXENT SYRINGE	90
<i>dutasteride</i>	80
E	
EASY COMFORT ALCOHOL	
PAD	170
EASY COMFORT INSULIN	
SYRINGE.....	169, 170
EASY COMFORT PEN	
NEEDLES.....	170
EASY COMFORT SAFETY PEN	
NEEDLE.....	169
EASY GLIDE INSULIN	
SYRINGE.....	170, 171
EASY GLIDE PEN NEEDLE .	171
EASY TOUCH.....	172, 173
EASY TOUCH ALCOHOL PREP	
PADS	171
EASY TOUCH FLIPLOCK	
INSULIN.....	172
EASY TOUCH FLIPLOCK	
SYRINGE.....	171
EASY TOUCH INSULIN	
SAFETY SYR.....	171
EASY TOUCH INSULIN	
SYRINGE.....	171, 172, 173
EASY TOUCH LUER LOCK	
INSULIN.....	172

EASY TOUCH PEN NEEDLE	
.....	172
EASY TOUCH SAFETY PEN	
NEEDLE	173, 174
EASY TOUCH SHEATHLOCK	
INSULIN	171, 172
EASY TOUCH UNI-SLIP	173
<i>ec-naproxen</i>	111
<i>econazole nitrate</i>	144
EDURANT.....	148
EDURANT PED	148
<i>efavirenz</i>	148
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofo</i>	
.....	148
<i>efavirenz-lamivu-tenofo</i>	
<i>disop</i>	148
ELAHERE.....	6
ELIGARD	7
ELIGARD (3 MONTH).....	7
ELIGARD (4 MONTH).....	7
ELIGARD (6 MONTH).....	7
<i>elinest</i>	126
ELIQUIS.....	207, 208
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D	
START	207
ELREXFIO.....	7
<i>eluryng</i>	126
EMBRACE PEN NEEDLE.....	174
EMCYT.....	7
EMGALITY PEN	33
EMGALITY SYRINGE	33
<i>emoquette</i>	126
EMRELIS	7
EMSAM.....	141
<i>emtricitabine</i>	148

<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	
.....	148
EMTRIVA.....	149
<i>emzahh</i>	126
<i>enalapril maleate</i>	57
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	
.....	57
ENBREL.....	90
ENBREL MINI.....	90
ENBREL SURECLICK	90
<i>endocet</i>	113
ENERGIX-B (PF)	97
ENERGIX-B PEDIATRIC (PF).	97
<i>enilloring</i>	126
<i>enoxaparin</i>	208
<i>enpresse</i>	126
<i>enskyce</i>	126
<i>entacapone</i>	38
<i>entecavir</i>	154
ENTRESTO.....	52
ENTRESTO SPRINKLE	52
<i>enulose</i>	78
EPCLUSA.....	152
EPIDIOLEX	135
<i>epinastine</i>	108
<i>epinephrine</i>	51
<i>epitol</i>	135
EPIVIR HBV	149
EPKINLY	7
<i>eplerenone</i>	58
EPRONTIA	135
ERBITUX	7
<i>ergoloid</i>	26
ERIVEDGE	7
ERLEADA.....	7
<i>erlotinib</i>	7

errin 126
ertapenem 118
erythromycin 104, 120
erythromycin ethylsuccinate
..... 120
erythromycin with ethanol ..76
ERZOFRI40, 41
escitalopram oxalate .141, 142
eslicarbazepine 135
esomeprazole magnesium ...77
estarylla..... 126
estradiol82, 83
estradiol-norethindrone acet
.....83
eszopiclone.....61
ethambutol 146
ethosuximide 135
ethynodiol diac-eth estradiol
..... 126, 127
etodolac 111
etonogestrel-ethinyl estradiol
..... 127
ETOPOPHOS 8
etoposide 8
etravirine 149
EUCRISA.....73
EULEXIN 8
everolimus (antineoplastic) ... 8
everolimus
(immunosuppressive)90
EVOTAZ..... 149
exemestane 8
EXTENCILLINE..... 121
EYSUVIS 106
ezetimibe54
ezetimibe-simvastatin54

F

FAKZYNJA.....8
falmina (28).....127
famciclovir 154
famotidine 77
FANAPT 41
FARXIGA..... 27
FASENRA..... 67
FASENRA PEN 66
febuxostat 33
feirza.....127
felbamate136
felodipine 53
femynor127
fenofibrate 54
fenofibrate micronized..... 54
fenofibrate nanocrystallized 54
fentanyl.....113
fentanyl citrate113
fesoterodine..... 81
FETZIMA..... 142
FIASP FLEXTOUCH U-100
INSULIN 29
FIASP PENFILL U-100
INSULIN 29
FIASP U-100 INSULIN..... 30
finasteride 80
ingolimod..... 63
FINTEPLA.....136
FIRMAGON KIT W DILUENT
SYRINGE8
flavoxate..... 81
flecainide..... 48
floxuridine8
fluconazole 145

fluconazole in nacl (iso-osm)
..... 144
flucytosine 145
fludrocortisone84
flunisolide 106
fluocinolone73
fluocinolone acetonide oil. 106
fluocinonide73
fluoride (sodium).....71
fluorometholone..... 106
fluorouracil.....8, 75
fluoxetine 142
fluphenazine decanoate41
fluphenazine hcl.....41
flurbiprofen 111
flurbiprofen sodium..... 106
flutamide 8
fluticasone propionate ..69, 73,
107
fluticasone propion-salmeterol
.....69
fluvastatin.....55
fluvoxamine 142
folivane-ob 212
fondaparinux 208
fosamprenavir 149
fosinopril.....58
fosinopril-hydrochlorothiazide
.....58
fosphenytoin 136
FOTIVDA 8
FREESTYLE PRECISION..... 174,
175
FRUZAQLA 8
fulvestrant 9
furosemide56

FUZEON 149
 FYARRO..... 9
 FYCOMPA..... 136

G

gabapentin 136
galantamine26
gallifrey87
 GAMUNEX-C.....90
 GARDASIL 9 (PF)97
 GAUZE PAD 175
gavilyte-c80
gavilyte-g.....80
gavilyte-n80
 GAVRETO 9
gefitinib 9
gemfibrozil55
generlac78
gengraf.....90
gentak..... 104
gentamicin76, 104, 116
gentamicin sulfate (ped) (pf)
 116
gentamicin sulfate (pf) 116
 GENVOYA..... 149
 GILOTRIF..... 9
glatiramer.....63
glatopa63, 64
 GLEOSTINE 9
glimepiride32
glipizide.....32
glipizide-metformin32
glutamine (sickle cell) 108
glyburide.....32
glyburide micronized.....32
glyburide-metformin32
glycopyrrolate78

glydo 114
 GLYXAMBI 27
 GOMEKLI.....9
griseofulvin microsize 145
griseofulvin ultramicrosize 145
guanfacine47, 64
 GVOKE 109
 GVOKE HYPOPEN 2-PACK 109
 GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE
 109
 GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE
 109

H

HAEGARDA209
hailey 24 fe127
hailey fe 1.5/30 (28) 127
hailey fe 1/20 (28)127
halobetasol propionate..... 73
haloette..... 127
haloperidol.....42
haloperidol decanoate41
haloperidol lactate41, 42
 HARVONI..... 152, 153
 HAVRIX (PF) 97
 HEALTHWISE INSULIN
 SYRINGE 175, 176
 HEALTHWISE PEN NEEDLE
 176
 HEALTHY ACCENTS UNIFINE
 PENTIP..... 176
heather127
heparin (porcine)208
 HEPLISAV-B (PF) 97
 HERCEPTIN HYLECTA9
 HERZUMA.....9
 HIBERIX (PF)..... 97

HUMIRA.....91
 HUMIRA PEN91
 HUMIRA PEN CROHNS-UC-
 HS START90
 HUMIRA PEN PSOR-UEITS-
 ADOL HS90
 HUMIRA(CF)91
 HUMIRA(CF) PEDI CROHNS
 STARTER.....91
 HUMIRA(CF) PEN.....91
 HUMIRA(CF) PEN CROHNS-
 UC-HS91
 HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC
 UC.....91
 HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-
 ADOL HS91
 HUMULIN R U-500 (CONC)
 INSULIN.....30
 HUMULIN R U-500 (CONC)
 KWIKPEN.....30
hydralazine51
hydrochlorothiazide56
hydrocodone-acetaminophen
 113
hydrocortisone ... 60, 73, 74, 84
hydrocortisone valerate74
hydrocortisone-acetic acid 104
hydromorphone..... 113
hydroxychloroquine.....36
hydroxyurea 9
hydroxyzine hcl..... 146
hydroxyzine pamoate 109

I

ibandronate60
 IBRANCE 9
ibu 111

<i>ibuprofen</i>	111	INPEN (NOVOLOG OR FIASP)		<i>isosorbide mononitrate</i>	59
<i>icatibant</i>	51	BLUE	177	ITOVEBI	11
<i>iclevia</i>	127	INQOVI	10	<i>itraconazole</i>	145
ICLUSIG	9	INREBIC	10	IV PREP WIPES	178
<i>icosapent ethyl</i>	55	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>		<i>ivabradine</i>	51
IDHIFA	10		30	<i>ivermectin</i>	36
<i>ifosfamide</i>	10	<i>insulin aspart u-100</i>	30	IWILFIN	11
ILEVRO	107	INSULIN SYR/NDL U100 HALF		IXCHIQ (PF)	97
<i>imatinib</i>	10	MARK	177	IXIARO (PF)	98
IMBRUVICA	10	INSULIN SYRINGE	158	J	
IMDELLTRA	10	INSULIN SYRINGE		JAKAFI	11
<i>imipenem-cilastatin</i>	118	MICROFINE	158	<i>jantoven</i>	208
<i>imipramine hcl</i>	142	INSULIN SYRINGE		JANUMET	27
<i>imiquimod</i>	75	NEEDLELESS	158	JANUMET XR	27
IMJUDO	10	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-		JANUVIA	27
IMKELDI	10	100 174, 177, 178, 186, 187,		JARDIANCE	27
IMOVAX RABIES VACCINE		192, 196, 197		<i>javygtor</i>	211
(PF)	97	INSUPEN PEN NEEDLE	178	JAYPIRCA	11
IMPAVIDO	36	INTELENCE	149	JEMPERLI	11
<i>incassia</i>	127	INTRON A	153	<i>jencycla</i>	127
INCONTROL ALCOHOL PADS		INVEGA HAFYERA	42	JENTADUETO	27
.....	176	INVEGA SUSTENNA	42	JENTADUETO XR	27
INCONTROL PEN NEEDLE	176	INVEGA TRINZA	42, 43	<i>jolessa</i>	127
INCRELEX	85	INVELTYS	107	<i>juleber</i>	127
<i>indapamide</i>	57	IPOL	97	JULUCA	149
<i>indomethacin</i>	111	<i>ipratropium bromide</i>	70, 108	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	128
INFANRIX (DTAP) (PF)	97	<i>ipratropium-albuterol</i>	70	<i>junel 1/20 (21)</i>	128
<i>infliximab</i>	91	<i>irbesartan</i>	52	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	128
INGREZZA	64	<i>irbesartan-</i>		<i>junel fe 1/20 (28)</i>	128
INGREZZA INITIATION		<i>hydrochlorothiazide</i>	52	<i>junel fe 24</i>	128
PK(TARDIV)	64	ISENTRESS	149	JYLAMVO	11
INGREZZA SPRINKLE	64	ISENTRESS HD	149	JYNNEOS (PF)	98
INLYTA	10	<i>isibloom</i>	127	K	
INPEN (FOR HUMALOG)		<i>isoniazid</i>	146	KALYDECO	67
BLUE	176	ISOPROPYL ALCOHOL	75	<i>kariva (28)</i>	128
		<i>isosorbide dinitrate</i>	59	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	128

<i>kelnor 1/50 (28)</i>	128	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	128	<i>lidocaine viscous</i>	115
KERENDIA	59	<i>larin 1/20 (21)</i>	128	<i>lidocaine-prilocaine</i>	115
KESIMPTA PEN	64	<i>larin 24 fe</i>	128	<i>lidocan iii</i>	115
<i>ketoconazole</i>	145	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	128	LILETTA.....	129
<i>ketorolac</i>	107, 112	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	128	<i>lillow (28)</i>	129
KEYTRUDA	11	<i>larissia</i>	128	<i>linezolid</i>	117
KIMMTRAK	11	<i>latanoprost</i>	102	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	117
KINERET	91	LAZCLUZE	12	LINZESS.....	78
KINRIX (PF).....	98	<i>leflunomide</i>	91	<i>liothyronine</i>	81
<i>kionex (with sorbitol)</i>	78	<i>lenalidomide</i>	12	LISCO	179
KISQALI	11, 12	LENTOCILIN S.....	121	<i>lisinopril</i>	58
KISQALI FEMARA CO-PACK	11	LENVIMA.....	12	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	
KLISYRI (250 MG)	75	<i>lessina</i>	129		58
<i>klor-con m10</i>	206	<i>letrozole</i>	12	LITE TOUCH INSULIN PEN	
<i>klor-con m15</i>	206	<i>leucovorin calcium</i>	109	NEEDLES.....	179
<i>klor-con m20</i>	206	LEUKERAN	12	LITE TOUCH INSULIN	
KLOXXADO	24	<i>leuprolide</i>	12	SYRINGE.....	179, 180
KOSELUGO.....	12	<i>leuprolide (3 month)</i>	12	<i>lithium carbonate</i>	64
<i>kosher prenatal plus iron</i> ..	212	<i>levetiracetam</i>	137	<i>lithium citrate</i>	64
KRAZATI.....	12	<i>levobunolol</i>	102	LIVTENCITY	153
<i>kurvelo (28)</i>	128	<i>levocetirizine</i>	146	LOKELMA.....	78
KYLEENA.....	128	<i>levofloxacin</i>	122	LONSURF.....	12, 13
KYNMOBI	38	<i>levofloxacin in d5w</i>	122	<i>loperamide</i>	78
L		<i>levonest (28)</i>	129	<i>lopinavir-ritonavir</i>	150
<i>labetalol</i>	49	<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i>		LOQTORZI.....	13
<i>lacosamide</i>	136		129	<i>lorazepam</i>	25
<i>lactulose</i>	78	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>		<i>lorazepam intensol</i>	25
<i>lamivudine</i>	149		129	LORBRENA.....	13
<i>lamivudine-zidovudine</i>	149	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>		<i>losartan</i>	52
<i>lamotrigine</i>	136, 137		129	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	
<i>lanreotide</i>	85	<i>levora-28</i>	129		52
<i>lansoprazole</i>	77	<i>levothyroxine</i>	81	LOTEMAX	107
LANTUS SOLOSTAR U-100		LEXIVA.....	149	LOTEMAX SM	107
INSULIN.....	30	LIBERVANT	137	<i>loteprednol etabonate</i>	107
LANTUS U-100 INSULIN	30	<i>lidocaine</i>	115	<i>lovastatin</i>	55
<i>lapatinib</i>	12	<i>lidocaine hcl</i>	115	<i>low-ogestrel (28)</i>	129

<i>loxapine succinate</i>	43	MATULANE	14	<i>meloxicam</i>	112
<i>lubiprostone</i>	78	MAVENCLAD (10 TABLET PACK)	64	<i>memantine</i>	26
LUMAKRAS	13	MAVENCLAD (4 TABLET PACK)	64	MENACTRA (PF)	98
LUMIGAN	102	MAVENCLAD (5 TABLET PACK)	64	MENQUADFI (PF)	98
LUNSUMIO	13	MAVENCLAD (6 TABLET PACK)	64	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	98
LUPRON DEPOT	13, 85	MAVENCLAD (7 TABLET PACK)	65	<i>mercaptapurine</i>	14
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	13, 85	MAVENCLAD (8 TABLET PACK)	65	<i>meropenem</i>	118
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	13	MAVENCLAD (9 TABLET PACK)	65	<i>mesalamine</i>	60
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	13	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	180	<i>mesna</i>	109
LUPRON DEPOT-PED	86	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE	180	<i>metformin</i>	27, 28
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	86	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	180	<i>methadone</i>	113
<i>lurasidone</i>	43	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	180	<i>methazolamide</i>	103
<i>lutea (28)</i>	129	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE	181	<i>methenamine hippurate</i> ...	117
LUTRATE DEPOT (3 MONTH)	86	MAYZENT	65	<i>methimazole</i>	82
LYBALVI	43	MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT)	65	<i>methocarbamol</i>	212
<i>lyleq</i>	129	MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT)	65	<i>methotrexate sodium</i>	14
LYNPARZA	13	<i>meclizine</i>	35	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	14
LYSODREN	13	<i>medroxyprogesterone</i>	87	<i>methoxsalen</i>	75
LYTGOBI	14	<i>mefloquine</i>	36	<i>methsuximide</i>	137
<i>lyza</i>	129	<i>megestrol</i>	14, 87	<i>methylphenidate hcl</i>	65
M		MEKINIST	14	<i>methylprednisolone</i>	84
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	180	MEKTOVI	14	<i>methylprednisolone acetate</i> ..	84
MAGELLAN SYRINGE	180			<i>metoclopramide hcl</i>	79
<i>magnesium sulfate</i>	206			<i>metolazone</i>	57
<i>malathion</i>	76			<i>metoprolol succinate</i>	49
<i>maraviroc</i>	150			<i>metoprolol tartrate</i>	49
MARGENZA	14			<i>metronidazole</i>	76, 115, 117
<i>marlissa (28)</i>	130			<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	117
<i>marnatal-f</i>	212			<i>metyrosine</i>	51
MARPLAN	142			<i>micafungin</i>	145
				<i>miconazole-3</i>	145
				MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE	181

MICRODOT READYGARD PEN		
NEEDLE.....	181	
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	130	
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	130	
<i>microgestin 24 fe</i>	130	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	130	
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	130	
<i>midodrine</i>	47	
MIEBO (PF).....	108	
<i>mifepristone</i>	28	
<i>mili</i>	130	
<i>mimvey</i>	83	
MINI ULTRA-THIN II.....	181	
<i>minitran</i>	59	
<i>minocycline</i>	124	
<i>minoxidil</i>	59	
MIPLYFFA.....	154	
MIRENA.....	130	
<i>mirtazapine</i>	142	
<i>misoprostol</i>	77	
<i>mitoxantrone</i>	14	
M-M-R II (PF).....	98	
<i>m-natal plus</i>	212	
<i>modafinil</i>	61	
<i>moexipril</i>	58	
<i>molindone</i>	43	
<i>mometasone</i>	74, 107	
MONOJECT INSULIN SAFETY		
SYRING.....	182	
MONOJECT INSULIN		
SYRINGE.....	181, 182, 183	
MONOJECT SYRINGE.....	181	
MONOJECT ULTRA		
COMFORT INSULIN.....	199	
<i>mono-lynyah</i>	130	
<i>montelukast</i>	69	
<i>morphine</i>	114	
MORPHINE.....	114	
<i>morphine concentrate</i>	113	
MOUNJARO.....	28	
MOVANTIK.....	79	
<i>moxifloxacin</i>	104, 122	
<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-</i>		
<i>water</i>	122	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>		
.....	123	
MRESVIA (PF).....	98	
MULTAQ.....	48	
<i>mupirocin</i>	76	
MVASI.....	14	
<i>mycophenolate mofetil</i>	91, 92	
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	91	
<i>mycophenolate sodium</i>	92	
<i>mynatal</i>	212	
<i>mynatal advance</i>	212	
<i>mynatal plus</i>	212	
<i>mynatal-z</i>	212	
<i>mynate 90 plus</i>	212	
MYRBETRIQ.....	81	
N		
<i>nabumetone</i>	112	
<i>nafcillin</i>	122	
<i>naloxone</i>	24	
<i>naltrexone</i>	24	
NANO 2ND GEN PEN		
NEEDLE.....	183	
<i>naproxen</i>	112	
<i>naratriptan</i>	33	
NATACYN.....	104	
<i>nateglinide</i>	28	
NATPARA.....	61	
NAYZILAM.....	137	
<i>nebivolol</i>	49	
<i>nefazodone</i>	142	
<i>neomycin</i>	116	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>		
.....	104	
<i>neomycin-bacitracin-</i>		
<i>polymyxin</i>	104	
<i>neomycin-polymyxin b-</i>		
<i>dexameth</i>	104	
<i>neomycin-polymyxin-</i>		
<i>gramicidin</i>	104	
<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ...	104,	
105		
<i>neo-polycin</i>	105	
<i>neo-polycin hc</i>	105	
NERLYNX.....	15	
<i>neuac</i>	76	
NEULASTA ONPRO.....	209	
<i>nevirapine</i>	150	
<i>newgen</i>	213	
NEXLETOL.....	55	
NEXLIZET.....	55	
NEXPLANON.....	130	
<i>niacin</i>	55	
<i>niacor</i>	55	
NICOTROL NS.....	24	
<i>nifedipine</i>	53	
NIKTIMVO.....	92	
<i>nilutamide</i>	15	
NINLARO.....	15	
<i>nitazoxanide</i>	36	
<i>nitisinone</i>	211	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>		
.....	117	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i>		
<i>cryst</i>	117	

<i>nitroglycerin</i>	59, 109	NUPLAZID.....	43	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO	
<i>niva-plus</i>	213	NURTEC ODT.....	34	KT(GEN5).....	183
NIVESTYM.....	209, 210	<i>nyamyc</i>	145	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS	
NORDITROPIN FLEXPEN	86	<i>nylia 1/35 (28)</i>	131	(GEN 5)	183
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>		<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	131	OMNIPOD 5	
.....	130	<i>nymyo</i>	131	INTRO(G6/LIBRE2PLUS) 183	
<i>norethindrone (contraceptive)</i>		<i>nystatin</i>	145, 146	OMNIPOD CLASSIC PDM	
.....	130	<i>nystatin-triamcinolone</i>	146	KIT(GEN 3).....	183
<i>norethindrone acetate</i>	87	<i>nystop</i>	146	OMNIPOD CLASSIC PODS	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>		NYVEPRIA	210	(GEN 3)	183
.....	130, 131	O		OMNIPOD DASH INTRO KIT	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>		<i>obstetrix dha</i>	213	(GEN 4)	183
.....	131	<i>obstetrix dha prenatal duo</i> 213		OMNIPOD DASH PDM KIT	
<i>norlyda</i>	131	<i>o-cal prenatal</i>	213	(GEN 4)	183
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	131	OCREVUS.....	65	OMNIPOD DASH PODS (GEN	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	131	OCREVUS ZUNOVO	65	4).....	183
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	131	<i>octreotide acetate</i>	86	ONAPGO	38
<i>nortriptyline</i>	142	ODEFSEY	150	<i>ondansetron</i>	35
NORVIR.....	150	ODOMZO.....	15	<i>ondansetron hcl</i>	35
NOVOFINE 30.....	183	OFEV	67	ONTRUZANT.....	15
NOVOFINE 32.....	183	<i>ofloxacin</i>	105	ONUREG	15
NOVOFINE PLUS	183	OGIVRI	15	OPDIVO.....	15
NOVOLIN 70/30 U-100		OGSIVEO	15	OPDIVO QVANTIG	16
INSULIN.....	30	OJEMDA	15	OPDUALAG.....	16
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-		OJJAARA	15	OPIPZA.....	43
100	31	<i>olanzapine</i>	43	OPSUMIT	110
NOVOLIN N FLEXPEN	31	<i>olmesartan</i>	52	ORENCIA	92
NOVOLIN N NPH U-100		<i>olmesartan-amlodipin-</i>		ORENCIA (WITH MALTOSE)92	
INSULIN.....	31	<i>hcthiiazid</i>	52	ORENCIA CLICKJECT	92
NOVOLIN R FLEXPEN	31	<i>olmesartan-</i>		ORFADIN	211
NOVOLIN R REGULAR U100		<i>hydrochlorothiazide</i>	52	ORGOVYX	86
INSULIN.....	31	<i>olopatadine</i>	108	ORILISSA.....	86
NOVOTWIST	183	<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ...	55	ORKAMBI.....	67
NUBEQA	15	<i>omeprazole</i>	77	ORSERDU	16
NUCALA.....	67	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2		<i>oseltamivir</i>	153
NULOJIX.....	92	PLUS).....	183	OTEZLA	92

OTEZLA STARTER	92
<i>oxandrolone</i>	82
<i>oxcarbazepine</i>	137
<i>oxybutynin chloride</i>	81
<i>oxycodone</i>	114
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	114
OZEMPIC	28
P	
<i>pacerone</i>	48
<i>paclitaxel protein-bound</i>	16
<i>paliperidone</i>	43, 44
PANRETIN	75
<i>pantoprazole</i>	77
<i>paricalcitol</i>	61
<i>paromomycin</i>	36
<i>paroxetine hcl</i>	142, 143
PAXLOVID	153
<i>pazopanib</i>	16
PEDIARIX (PF)	98
PEDVAX HIB (PF)	98
<i>peg 3350-electrolytes</i>	80
PEGASYS	153
<i>peg-electrolyte soln</i>	80
PEMAZYRE	16
<i>pemetrexed</i>	16
<i>pemetrexed disodium</i>	16
PEMRYDI RTU	16
PEN NEEDLE	174, 184, 187
PEN NEEDLE, DIABETIC	164, 181, 184, 186
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY	187
PENBRAYA (PF)	98
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF)	99

PENBRAYA MENB COMPONENT (PF)	99
<i>penicillamine</i>	115
<i>penicillin g potassium</i>	122
<i>penicillin g procaine</i>	122
<i>penicillin v potassium</i>	122
PENTACEL (PF)	99
<i>pentamidine</i>	37
PENTIPS PEN NEEDLE	184
<i>pentoxifylline</i>	209
<i>perindopril erbumine</i>	58
<i>periogard</i>	71
<i>permethrin</i>	76
<i>perphenazine</i>	44
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	143
PERSERIS	44
<i>phenelzine</i>	143
<i>phenobarbital</i>	137
PHENYTEK	137
<i>phenytoin</i>	137
<i>phenytoin sodium</i>	138
<i>phenytoin sodium extended</i>	138
PIFELTRO	150
<i>pilocarpine hcl</i>	71, 103
<i>pimecrolimus</i>	74
<i>pimozide</i>	44
<i>pimtrea (28)</i>	131
<i>pioglitazone</i>	28
<i>pioglitazone-metformin</i>	28
PIP PEN NEEDLE	185
<i>piperacillin-tazobactam</i>	122
PIQRAY	16
<i>pirfenidone</i>	67
<i>pirmella</i>	131

<i>pitavastatin calcium</i>	55
PLEGRIDY	65, 66
<i>pnv 29-1</i>	213
<i>pnv-dha + docusate</i>	213
<i>pnv-omega</i>	213
<i>podofilox</i>	75
<i>polycin</i>	105
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	105
POMALYST	16
<i>portia 28</i>	131
<i>posaconazole</i>	146
<i>potassium chloride</i>	206, 207
<i>potassium citrate</i>	207
<i>pr natal 400</i>	213
<i>pr natal 400 ec</i>	213
<i>pr natal 430</i>	213
<i>pr natal 430 ec</i>	213
<i>pramipexole</i>	38
<i>prasugrel hcl</i>	209
<i>pravastatin</i>	55
<i>praziquantel</i>	37
<i>prazosin</i>	47
<i>prednisolone</i>	84
<i>prednisolone acetate</i>	107
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	84
<i>prednisone</i>	84, 85
<i>pregabalin</i>	138
PREHEVBRIO (PF)	99
PREMARIN	83
PREMPHASE	83
PREMPRO	83
<i>prena1 true</i>	213
<i>prenaissance</i>	213
<i>prenaissance plus</i>	213

prenatabs fa..... 213
prenatal 19..... 214
prenatal 19 (with docusate)
..... 213
prenatal low iron..... 214
prenatal plus 214
prenatal plus (calcium carb)
..... 213
prenatal vitamin plus low iron
..... 214
prenatal-u 214
preplus..... 214
pretab 214
prevalite 55
PREVENT DROPSAFE PEN
NEEDLE..... 185
previfem 132
PREVYMIS..... 153
PREZCOBIX 150
PREZISTA 150
PRIFTIN 146
PRIMAQUINE 37
primidone 138
PRIORIX (PF)..... 99
PRO COMFORT ALCOHOL
PADS 185
PRO COMFORT INSULIN
SYRINGE..... 185
PRO COMFORT PEN NEEDLE
..... 185
probenecid..... 33
probenecid-colchicine..... 33
PROCALAMINE 3% 47
prochlorperazine 35
prochlorperazine edisylate.. 35,
44

prochlorperazine maleate.... 35
procto-med hc 74
proctosol hc 74
proctozone-hc..... 74
PRODIGY INSULIN SYRINGE
..... 185, 186
progesterone micronized 87
PROGRAF 92
PROLIA..... 61
PROMACTA..... 210
promethazine..... 35
promethegan 36
propafenone..... 48
propranolol..... 49
propylthiouracil..... 82
PROQUAD (PF)..... 99
protriptyline..... 143
PULMOZYME..... 211
PURE COMFORT ALCOHOL
PADS..... 186
PURE COMFORT PEN NEEDLE
..... 186
PURE COMFORT SAFETY PEN
NEEDLE 186
pyrazinamide..... 146
pyridostigmine bromide 109
pyrimethamine..... 37
Q
QINLOCK..... 16
QUADRACEL (PF) 99
quetiapine 44
quinapril..... 58
quinapril-hydrochlorothiazide
..... 58
quinidine sulfate 48
quinine sulfate..... 37

QULIPTA 34
R
RABAVERT (PF)..... 99
rabeprazole 77
RALDESY 143
raloxifene..... 83
ramipril..... 58
ranolazine 51
rasagiline 38
RASUVO (PF)..... 93
RAYALDEE 61
reclipsen (28)..... 132
RECOMBIVAX HB (PF)..... 100
RELENZA DISKHALER..... 153
repaglinide 28
REPATHA PUSHTRONEX..... 55
REPATHA SURECLICK..... 56
REPATHA SYRINGE 56
RETACRIT..... 210
RETEVMO 17
RETROVIR..... 150
REVUFORJ 17
REXULTI..... 44
REYATAZ..... 150
REZLIDHIA..... 17
REZUROCK..... 93
RHOPRESSA 103
RIABNI 17
ribavirin..... 154
rifabutin 146
rifampin 147
rilpivirine..... 151
riluzole..... 66
RINVOQ 93
RINVOQ LQ 93
risperidone 44, 45

<i>risperidone microspheres</i>	44	SECURESAFE INSULIN		<i>sodium chloride 0.45 %</i>	207
<i>ritonavir</i>	151	SYRINGE	188	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	207
RITUXAN HYCELA	17	SECURESAFE PEN NEEDLE	188	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	72
<i>rivastigmine</i>	26	SELARSDI	93	<i>sodium oxybate</i>	62
<i>rivastigmine tartrate</i>	26	<i>select-ob</i>	214	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	
<i>rizatriptan</i>	34	<i>select-ob (folic acid)</i>	214		79
<i>r-natal ob</i>	214	<i>selegiline hcl</i>	38	<i>sodium,potassium,mag</i>	
ROCKLATAN	103	<i>selenium sulfide</i>	76	<i>sulfates</i>	80
<i>roflumilast</i>	67	SELZENTRY	151	<i>solifenacin</i>	81
ROMVIMZA	17	SEMGLEE(INSULIN		SOLQUA 100/33	31
<i>ropinirole</i>	38	GLARGINE-YFGN)	31	SOLTAMOX	18
<i>rosadan</i>	76	SEMGLEE(INSULIN GLARG-		SOMATULINE DEPOT	86, 87
<i>rosuvastatin</i>	56	YFGN)PEN	31	SOMAVERT	87
ROTARIX	100	<i>se-natal 19 chewable</i>	214	<i>sorafenib</i>	18
ROTATEQ VACCINE	100	SEREVENT DISKUS	70	<i>sorine</i>	49
ROZLYTREK	17	SEROSTIM	86	<i>sotalol</i>	49
RUBRACA	18	<i>sertraline</i>	143	<i>sotalol af</i>	49
<i>rufinamide</i>	138	<i>setlakin</i>	132	SPIRIVA RESPIMAT	70
RUKOBIA	151	<i>sevelamer carbonate</i>	79	<i>spironolactone</i>	57
RUXIENCE	18	<i>sevelamer hcl</i>	79	<i>spironolacton-</i>	
RYBELSUS	28	SEZABY	138	<i>hydrochlorothiaz</i>	57
RYBREVANT	18	<i>sf 5000 plus</i>	71	SPRAVATO	143
RYDAPT	18	<i>sharobel</i>	132	<i>sprintec (28)</i>	132
RYKINDO	45	SHINGRIX (PF)	100	SPRITAM	138
RYTELO	18	SIGNIFOR	86	<i>sps (with sorbitol)</i>	79
S		<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>		<i>sronyx</i>	132
SAFESNAP INSULIN SYRINGE			110	<i>ssd</i>	76
.....	187	<i>silver sulfadiazine</i>	76	<i>stavudine</i>	151
SAFETY PEN NEEDLE	187	SIMBRINZA	103	STELARA	94
SANTYL	75	<i>simliya (28)</i>	132	STERILE PADS	188
<i>sapropterin</i>	211	<i>simvastatin</i>	56	STIOLTO RESPIMAT	71
SAVELLA	66	<i>sirolimus</i>	93	STIVARGA	18
SCEMBLIX	18	SIRTURO	147	STRENSIQ	211
<i>scopolamine base</i>	36	SKY SAFETY PEN NEEDLE ..	188	<i>streptomycin</i>	116
SECUADO	45	SKYLA	132	STRIBILD	151
		SKYRIZI	93, 94	STRIVERDI RESPIMAT	71

<i>subvenite</i>	138	SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY	187	<i>telmisartan- hydrochlorothiazid</i>	52
<i>sucralfate</i>	78	T		<i>temazepam</i>	26
<i>sulfacetamide sodium</i>	105	TABLOID.....	18	TEMIXYS.....	151
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	105	TABRECTA.....	18	TENIVAC (PF).....	100
<i>sulfadiazine</i>	123	<i>tacrolimus</i>	74, 94	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	151
<i>sulfamethoxazole- trimethoprim</i>	123	<i>tadalafil</i>	110	TEPMETKO	19
<i>sulfasalazine</i>	60	TAFINLAR.....	18	<i>terazosin</i>	80
<i>sulindac</i>	112	<i>tafluprost (pf)</i>	103	<i>terbinafine hcl</i>	146
<i>sumatriptan</i>	34	TAGRISSO	19	<i>terconazole</i>	116
<i>sumatriptan succinate</i>	34	TALVEY.....	19	<i>teriparatide</i>	61
<i>sunitinib malate</i>	18	TALZENNA.....	19	TERUMO INSULIN SYRINGE	191, 192
SUNLENCA.....	151	<i>tamoxifen</i>	19	<i>testosterone</i>	82
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	189	<i>tamsulosin</i>	80	<i>testosterone cypionate</i>	82
SURE COMFORT INS. SYR. U- 100	188	<i>tarina 24 fe</i>	132	<i>testosterone enanthate</i>	82
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	188, 189	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	132	TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF)	100
SURE COMFORT PEN NEEDLE	189	<i>taron-c dha</i>	214	<i>tetrabenazine</i>	66
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	188	<i>taron-prex prenatal-dha</i>	214	<i>tetracycline</i>	124
SURE-FINE PEN NEEDLES 189, 190		TASIGNA	19	TEVIMBRA	19
SURE-JECT INSULIN SYRINGE	190	TAVNEOS	94	THALOMID.....	109
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	190	<i>tazarotene</i>	76	<i>theophylline</i>	71
SUTAB.....	80	<i>tazicef</i>	119	THINPRO INSULIN SYRINGE	192
SYMPAZAN.....	138	<i>taztia xt</i>	50	<i>thioridazine</i>	45
SYMTUZA	151	TAZVERIK	19	<i>thiothixene</i>	45
SYNJARDY	28	TDVAX.....	100	<i>tiadylt er</i>	50
SYNJARDY XR	29	TECHLITE INSULIN SYRINGE	191	<i>tiagabine</i>	139
SYNRIBO.....	18	TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT).....	190	TIBSOVO	19
		TECHLITE PEN NEEDLE.....	191	TICE BCG.....	19
		TECHLITE PLUS PEN NEEDLE	191	TICOVAC.....	100
		TECVAYLI.....	19	<i>tigecycline</i>	124
		TEFLARO.....	119	<i>tilia fe</i>	132
		<i>telmisartan</i>	52	<i>timolol</i>	103

<i>timolol maleate</i>	49, 103	<i>trazodone</i>	143	<i>tri-previfem (28)</i>	133
<i>tinidazole</i>	37	TRECATOR	147	<i>tri-sprintec (28)</i>	133
<i>tiotropium bromide</i>	71	TRELEGY ELLIPTA	71	TRIUMEQ	151
TIVDAK	19	TRELSTAR	20	TRIUMEQ PD	152
TIVICAY	151	TREMFYA	94	<i>triveen-duo dha</i>	214
TIVICAY PD	151	TREMFYA PEN	94	<i>trivora (28)</i>	133
<i>tizanidine</i>	212	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	31	<i>tri-vylibra</i>	133
TOBI PODHALER	116	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	32	<i>tri-vylibra lo</i>	133
<i>tobramycin</i>	105	TRESIBA U-100 INSULIN	32	TRIZIVIR	152
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	116	<i>tretinoin</i>	76	TROGARZO	152
<i>tobramycin sulfate</i>	116	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	20	<i>trospium</i>	81
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	105	<i>tri femynor</i>	132	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	193
<i>tolterodine</i>	81	<i>triamcinolone acetonide</i>	72, 74, 85	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	193
TOPCARE CLICKFINE	192	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	57	TRUE COMFORT PEN NEEDLE	194
TOPCARE ULTRA COMFORT	193	<i>triazolam</i>	26	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	194
<i>topiramate</i>	139	<i>trientine</i>	115	TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE	193, 194
<i>toposar</i>	19	<i>tri-estarylla</i>	132	TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG	193, 194, 195
<i>toremifene</i>	19	<i>trifluoperazine</i>	45	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	193
<i>torpenz</i>	19, 20	<i>trifluridine</i>	105	TRUEPLUS INSULIN ...	195, 196
<i>toremide</i>	57	<i>trihexyphenidyl</i>	38	TRUEPLUS PEN NEEDLE ...	195
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	31	TRIJARDY XR	29	TRULICITY	29
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	31	<i>tri-legest fe</i>	132	TRUMENBA	101
TRADJENTA	29	<i>tri-linyuh</i>	132	TRUQAP	20
<i>tramadol</i>	114	<i>tri-lo-estarylla</i>	132	TRUXIMA	20
<i>tramadol-acetaminophen</i>	114	<i>tri-lo-marzia</i>	133	TUKYSA	20
<i>trandolapril</i>	58	<i>tri-lo-mili</i>	133	TURALIO	20
<i>trandolapril-verapamil</i>	58	<i>tri-lo-sprintec</i>	133	<i>turqoz (28)</i>	133
<i>tranexamic acid</i>	207	<i>trimethoprim</i>	117	TWINRIX (PF)	101
<i>tranylcypromine</i>	143	<i>tri-mili</i>	133		
<i>travoprost</i>	103	<i>trimipramine</i>	143		
TRAZIMERA	20	TRINTELLIX	143		
		<i>tri-nymyo</i>	133		

TYBOST	109	ULTRACARE PEN NEEDLE 200, 201	<i>valganciclovir</i>	154
TYENNE.....	94, 95	ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT).....	<i>valproate sodium</i>	139
TYENNE AUTOINJECTOR.....	94	201	<i>valproic acid</i>	139
TYMLOS	61	ULTRA-FINE INSULIN	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	139
TYPHIM VI.....	101	SYRINGE	<i>valsartan</i>	53
U		201	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	53
UBRELVY	34	ULTRA-FINE PEN NEEDLE.201	VALTOCO	139
ULTICARE	196, 197	ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR	<i>valtya</i>	133
ULTICARE INSULIN SYRINGE	196	201, 202	<i>vancomycin</i>	117
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT).....	196	ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL	VANFLYTA.....	20
ULTICARE PEN NEEDLE	196, 197	202	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE.....	204
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE.....	197	202	VANISHPOINT SYRINGE ...	204
ULTIGUARD SAFEPACK- INSULIN SYR.....	197, 198	UNIFINE OTC PEN NEEDLE	VAQTA (PF)	101
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE.....	197, 198	202	<i>varenicline tartrate</i>	24
ULTILET ALCOHOL SWAB.198		UNIFINE PEN NEEDLE	VARIVAX (PF)	101
ULTILET INSULIN SYRINGE	177, 198	202	VAXCHORA VACCINE	101
ULTILET PEN NEEDLE	198	UNIFINE PENTIPS.....	VEGZELMA.....	20
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT).....	175, 188	203	VELTASSA.....	79
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE.169, 175, 198, 199		UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	VEMLIDY	152
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT).....	199	203	VENCLEXTA	20
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	199, 200	UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	VENCLEXTA STARTING PACK	20
ULTRA FLO PEN NEEDLE ..	199	203	<i>venlafaxine</i>	143
ULTRA THIN PEN NEEDLE 200		UNIFINE PROTECT	<i>venngel one</i>	112
ULTRACARE INSULIN SYRINGE.....	200	203, 204	VEOZAH.....	109
		UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	<i>verapamil</i>	50
		204	VERIFINE INSULIN SYRINGE	204, 205
		UPTRAVI.....	VERIFINE PEN NEEDLE.....	204, 205
		110	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	205
		<i>ursodiol</i>		
		79		
		UZEDY		
		45, 46		
		V		
		<i>valacyclovir</i>		
		154		
		VALCHLOR		
		75		

VERIFINE PLUS PEN NEEDLE- SHARP.....	205	VOWST	109	XPOVIO	22
VERQUVO	51	<i>vp-ch-pnv</i>	215	XTANDI	22
VERSACLOZ	46	<i>vp-pnv-dha</i>	215	<i>xulane</i>	134
VERSALON	205	VRAYLAR.....	46	XULTOPHY 100/3.6.....	32
VERZENIO	21	VUMERITY.....	66	XYOSTED	82
V-GO 20.....	205	VYALEV	38	Y	
V-GO 30.....	205	<i>vylibra</i>	133	YERVOY	22
V-GO 40.....	205	VYLOY	21	YESINTEK.....	95
<i>vienva</i>	133	VYZULTA	103	YF-VAX (PF)	101
<i>vigabatrín</i>	139	W		YONSA	22
<i>vigadrone</i>	139	<i>warfarín</i>	208	YUFLYMA(CF).....	95
<i>vigpoder</i>	139	WEBCOL	205	YUFLYMA(CF) AI CROHN'S- UC-HS	95
<i>vilazodone</i>	144	WELIREG.....	21	YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR.....	95
VIMKUNYA	101	WINREVAIR.....	67	<i>yuvafem</i>	83
<i>vinorelbine</i>	21	<i>wixela inhub</i>	69	Z	
<i>violele (28)</i>	133	X		<i>zafemy</i>	134
VIRACEPT	152	XALKORI.....	21	<i>zafirlukast</i>	69
VIREAD	152	<i>xarah fe</i>	134	<i>zaleplon</i>	62
<i>virt-c dha</i>	214	XARELTO	208, 209	<i>zatean-pn dha</i>	215
<i>virt-nate dha</i>	214	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	208	<i>zatean-pn plus</i>	215
<i>virt-pn dha</i>	214	XATMEP.....	21	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR	109
<i>virt-pn plus</i>	214	XCOPRI	140	ZEGALOGUE SYRINGE	109
<i>vitafol gummies</i>	215	XCOPRI MAINTENANCE PACK	139	ZEJULA	22
<i>vitafol nano</i>	215	XCOPRI TITRATION PACK.....	140	ZELBORAF	23
<i>vitafol-ob+dha</i>	215	XDEMVI	105	<i>zenatane</i>	75
VITRAKVI	21	XELJANZ.....	95	ZENPEP	211
VIVIMUSTA	21	XELJANZ XR	95	<i>zidovudine</i>	152
VIVOTIF	101	XERMELO.....	79	ZIIHERA	23
VIZIMPRO.....	21	XGEVA.....	61	<i>zingiber</i>	215
VOCABRIA.....	152	XIFAXAN.....	117, 118	<i>ziprasidone hcl</i>	46
<i>volnea (28)</i>	133	XIGDUO XR	29	<i>ziprasidone mesylate</i>	46
VONJO	21	XIIDRA.....	107	ZIRABEV	23
VORANIGO	21	XOLAIR.....	67, 68	ZIRGAN	106
<i>voriconazole</i>	146	XOSPATA	22		
VOSEVI	153				

ZOLADEX.....	23	<i>zovia 1-35 (28)</i>	134	ZYLET	106
ZOLINZA.....	23	ZTALMY	140	ZYNLONTA	23
<i>zolpidem</i>	62	ZTLIDO.....	115	ZYNYZ.....	23
ZONISADE.....	140	ZURZUVAE	144	ZYPREXA RELPREVV	46
<i>zonisamide</i>	140	ZYDELIG.....	23		
<i>zovia 1/35e (28)</i>	134	ZYKADIA.....	23		

Este formulario fue actualizado el 25 de junio 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.