



# Formulario

(Lista de medicamentos cubiertos )

2023

Enero 1 - Diciembre 31

## Leon MediDual



Este formulario se actualizó el 07/24/2023. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con el departamento de Servicios al Miembro de Leon Health, Inc. al (844)969-5366, Número Local: (305)541-5366. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), 8 a.m. a 8 p.m. EST, siete días a la semana desde 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo y Lunes a Viernes el resto del año, o visite [www.leonhealth.com](http://www.leonhealth.com). Leon Health es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. Inscribirse en Leon Health, Inc. depende de que se renueve el contrato.

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por vacunas** - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si aún no ha pagado deducible. Comuníquese con el departamento de Servicios al Miembro de Leon Health para obtener más información. **Mensaje importante sobre lo que usted paga por insulina** - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto nuestro plan, sin importar en cuál nivel de costos compartidos esté, incluso si aún no ha pagado su deducible.

**Leon Health, Inc.**

**Leon MediDual**

**Formulario para 2023**

**Lista de medicamentos cubiertos**

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

Identificación del formulario 23406, Número de versión 14

Este formulario se actualizó el 07/24/2023. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al departamento de Servicios al Miembro de Leon Health, Inc. al (844) 969 5366, o el número local (305) 541 -5366. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), 8 a.m. a 8 p.m. EST, siete días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y lunes a viernes el resto del año, o visite nuestro sitio web al [www.leonhealth.com](http://www.leonhealth.com).

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

Cuando esta Lista de medicamentos (formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Leon Health, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Leon MediDual.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 08/01/2023. Comuníquese con nosotros para obtener un formulario actualizado. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año y periódicamente durante el año.

**¿Qué es el formulario de Leon Health, Inc.?**

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

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

**¿Puede cambiar el formulario (lista de medicamentos)?**

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero se podrían agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes

niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones por parte de nosotros. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
  - Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de Leon Health, Inc.?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o a ambos. O podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro formulario, o agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
  - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al formulario de Leon Health, Inc.?”.

**Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento.** En general, si usted toma un medicamento de nuestro formulario para 2023 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no

discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2023, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomando los. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto se actualizó en agosto de 2023. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Leon Health, Inc. comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. Si se realizan cambios significativos en la lista impresa de medicamentos durante el año de cobertura, es posible que se le notifique por correo, identificando los cambios. Las listas de medicamentos actualizada esta publicada en nuestro sitio web y se actualiza mensual. Puede encontrarlo en [www.leonhealth.com](http://www.leonhealth.com).

### **¿Cómo utilizo el formulario?**

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del formulario:

#### Afección médica

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

#### Listado alfabético

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

### **¿Qué son los medicamentos genéricos?**

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

Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

### **¿Hay alguna restricción en mi cobertura?**

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

- **Autorización previa:** Leon Health, Inc. exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con Leon Health,

Inc. antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene autorización, es posible que Leon Health, Inc. no cubra el medicamento.

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

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

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

### **¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)?**

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

<b>Lista de medicamentos de venta libre (OTC)</b>
12-hour cetirizine hydrochloride 5 mg / pseudoephedrine hydrochloride 120 mg ER oral tablet
cetirizine hydrochloride 1 mg/ml oral solution
24-hour loratadine 10 mg / pseudoephedrine sulfate 240 mg ER oral tablet
12-hour loratadine 5 mg / pseudoephedrine sulfate 120 mg ER oral tablet
loratadine 10 mg oral tablet
loratadine 1 mg/ml oral solution
levocetirizine dihydrochloride 0.5 mg/ml oral solution
levocetirizine dihydrochloride 5 mg oral tablet
fexofenadine hydrochloride 60 mg oral tablet

## **¿Qué pasa si mi medicamento no está en el formulario?**

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

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

- Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Leon Health, Inc. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Leon Health, Inc.
- Puede solicitar que Leon Health, Inc. haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

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

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

Por lo general, Leon Health, Inc. solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos. Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura para una excepción al formulario, nivel, o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al formulario, nivel, o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

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

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

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

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al formulario.

Miembros actuales que necesiten un despacho de emergencia o que se les haya prescrito un medicamento fuera del formulario como resultado de cambios en el nivel de atención serán colocados en transición y nosotros permitiremos un despacho de 31 días (al menos que la receta este escrita por menos días). Si usted es admitido en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en su formulario o tiene una limitación, usted es elegible para recibir un suplido de emergencia de 31 días mientras trata de obtener una excepción al formulario o una autorización previa.

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

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

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

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

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, JUXTAPID) y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, *gemfibrozil*). La información incluida en la columna de

Requisitos/límites indica si Leon Health, Inc. tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

## Leon MediDual

Nivel del Medicamento	Farmacia con costo compartido preferido (30 días)	Farmacia con costo compartido estándar (30 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos	\$0 - \$4.15	\$0 - \$4.15
Nivel 2: Medicamentos de marca preferida	\$0 - \$10.35	\$0 - \$10.35
Nivel 3: Medicamentos de marca no preferida	\$0 - \$10.35	\$0 - \$10.35
Nivel 4: Medicamentos especializados	\$0 - \$10.35	\$0 - \$10.35
Nivel 5: Medicamentos Suplementarios	\$0.00	\$20.00

Leon Health, Inc. usa farmacias de la red preferida. Consulte su Directorio de farmacias o visite [www.leonhealth.com](http://www.leonhealth.com) para buscar una farmacia minorista preferida que le quede cerca.

## Abreviaciones y Símbolos

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

- GC - Proporcionamos cobertura adicional para este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.
- PA NSO - solo para nuevos comienzos (esto solo se aplicaría a pacientes que recién comenzaron con este medicamento).
- PA - Este medicamento requiere autorización previa.
- PA BvD - Requiere determinar si el medicamento debe estar cubierto como un beneficio de la Parte B o la Parte D de Medicare.
- QL - Este medicamento tiene límites con respecto a la cantidad.
- ST - Este medicamento tiene requisitos de tratamiento escalonado.
- NDS - Suministro de días no extendidos.

## Tabla de Contenido

<b>Agentes Anti Cáncer .....</b>	11
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias.....</b>	21
<b>Agentes Antiansiedad .....</b>	22
<b>Agentes Antidemencia .....</b>	23
<b>Agentes Antidiabetico .....</b>	24
<b>Agentes Antigota .....</b>	28
<b>Agentes Antimigraña .....</b>	28
<b>Agentes Antinausea.....</b>	29
<b>Agentes Antiparasitarios.....</b>	30
<b>Agentes Antiparkinson.....</b>	31
<b>Agentes Antipsicóticos .....</b>	32
<b>Agentes Calóricos.....</b>	37
<b>Agentes Cardiovasculares .....</b>	38
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria.....</b>	47
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica.....</b>	48
<b>Agentes De Trastorno De Sueño .....</b>	49
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central .....</b>	50
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio .....</b>	53
<b>Agentes Dentales Y Orales.....</b>	57
<b>Agentes Dermatológicos .....</b>	57
<b>Agentes Gastrointestinales.....</b>	62
<b>Agentes Genitourinarios .....</b>	65
<b>Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador .....</b>	66
<b>Agentes Inmunológicos .....</b>	71
<b>Agentes Oftálmicos .....</b>	79
<b>Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta .....</b>	80
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos .....</b>	84

<b>Agentes Vasodilatadores</b>	85
<b>Analgésicos</b>	86
<b>Anestésicos</b>	91
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b>	91
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>	91
<b>Antibacterianos</b>	92
<b>Anticonceptivos</b>	97
<b>Anticonvulsivos</b>	103
<b>Antidepresivos</b>	107
<b>Antifúngicos</b>	110
<b>Antihistamínicos</b>	112
<b>Antimicobacteriales</b>	112
<b>Antivirales (Sítémico)</b>	112
<b>Dispositivos</b>	118
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>	151
<b>Productos Para La Tos Y Resfriado</b>	153
<b>Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen</b>	153
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>	157
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>	158
<b>Vitaminas Y Minerales</b>	158

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Anti Cáncer</b>		
<b>Agentes Anti Cáncer</b>		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	4	PA BvD; HI; NDS
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml</i>	1	PA BvD
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ALIMTA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG	4	HI; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	4	PA NSO; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i>	4	NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	4	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	4	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i>	4	PA NSO; NDS
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	4	PA NSO; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	4	PA NSO; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	1	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg</i>	3	PA NSO; NDS
<i>bortezomib injection recon soln 2.5 mg</i>	4	PA NSO; NDS
BORTEZOMIB INTRAVENOUS RECON SOLN 3.5 MG	4	PA NSO; HI; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>carboplatin intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	HI
<i>cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml</i>	1	PA BvD
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	4	PA NSO; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	4	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	4	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	4	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml</i>	4	PA BvD; NDS
<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
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO; NDS
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 28 days)
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML	4	PA NSO; NDS
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	4	PA NSO; LA; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i>	4	HI; NDS
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	1	HI
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	1	PA BvD

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	4	PA BvD; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	3	PA NSO; NDS
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	3	PA NSO; NDS
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	3	PA NSO; NDS
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	3	PA NSO; NDS
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	4	NDS
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	4	PA NSO; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	4	PA NSO; HI; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	3	HI; NDS
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	1	HI
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	1	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	4	PA NSO; NDS
<i>flouxuridine 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>	1	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	4	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i>	4	NDS

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	4	PA NSO; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg</i>	1	PA BvD; HI
<i>gemcitabine intravenous solution 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml)</i>	1	PA BvD; HI
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	3	NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	4	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	4	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	4	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i>	1	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	1	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	4	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	4	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	4	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 560 MG	4	NDS; QL (28 per 28 days)
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	4	PA NSO; NDS
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML	3	PA NSO; NDS; QL (4 per 365 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml</i>	1	HI
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	4	PA NSO; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO; NDS; QL (8 per 21 days)
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	4	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	4	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	4	PA NSO; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	4	PA NSO; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	4	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	4	PA NSO; NDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	4	NDS
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	3	PA NSO; NDS
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	4	PA NSO; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	4	PA NSO; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	4	PA NSO; NDS; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	4	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	4	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	4	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	4	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	4	PA NSO; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	4	NDS
LYTGEOBI ORAL TABLET 4 MG, 4 MG (4X 4 MG TB), 4 MG (5X 4 MG TB)	4	PA NSO; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	4	NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	4	PA NSO; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>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	HI
<b>MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML</b>	4	PA NSO; HI; NDS
<b>NERLYNX ORAL TABLET 40 MG</b>	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	4	NDS
<b>NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG</b>	4	PA NSO; NDS; QL (3 per 28 days)
<b>NUBEQA ORAL TABLET 300 MG</b>	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<b>ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG</b>	4	PA NSO; LA; NDS
<b>OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG</b>	4	PA NSO; NDS
<b>ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG</b>	4	PA NSO; NDS
<b>ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG</b>	4	PA NSO; NDS; QL (14 per 28 days)
<b>OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML</b>	4	PA NSO; NDS
<b>OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML</b>	4	PA NSO; NDS
<b>ORSERDU ORAL TABLET 345 MG</b>	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<b>ORSERDU ORAL TABLET 86 MG</b>	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	1	HI
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	1	HI
<i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i>	1	PA BvD; HI
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i>	4	PA BvD; HI; NDS
<b>PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG</b>	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium 1 gm/40 ml suv, p/f 25 mg/ml</i>	4	HI; NDS

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg	4	HI; NDS
pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml	4	NDS
pemetrexed intravenous recon soln 1 gram, 100 mg, 500 mg	4	HI; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	4	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	4	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	4	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	4	NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO; HI; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	4	PA NSO; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO; HI; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	4	PA NSO; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	4	PA NSO; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	4	NDS
sorafenib oral tablet 200 mg	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	4	PA NSO; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	3	NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	4	PA NSO; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	4	PA NSO; NDS
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	4	PA NSO; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	3	NDS
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i>	1	HI
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	4	NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	4	PA NSO; NDS
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	4	NDS

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3)	4	PA NSO; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO; HI; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO; NDS
VELCADE INJECTION RECON SOLN 3.5 MG	4	PA NSO; HI; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	2	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	4	PA NSO; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>vincasar pfs intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i>	1	PA BvD
<i>vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i>	1	PA BvD
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	1	HI
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	4	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)

07/24/2023

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	3	PA BvD; ST; NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	4	PA NSO; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	4	PA NSO; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	4	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	4	PA NSO; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	4	PA NSO; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORA ORAL TABLET 240 MG	4	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO; HI; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	3	PA NSO; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	4	NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	4	PA NSO; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	4	PA NSO; NDS; QL (20 per 28 days)
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b>		
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b>		

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg	1	
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg	1	QL (90 per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg	1	QL (60 per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	1	QL (90 per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg	1	QL (90 per 30 days)
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg	1	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
naloxone injection solution 0.4 mg/ml	1	
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml	1	
naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation	1	QL (4 per 30 days)
naltrexone oral tablet 50 mg	1	
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	3	NDS; QL (2688 per 365 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 100 MG/0.5 ML	4	NDS; QL (0.5 per 30 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 300 MG/1.5 ML	4	NDS; QL (1.5 per 30 days)
varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg	1	QL (336 per 365 days)
varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)	1	
<b>Agentes Antiansiedad</b>		
<b>Benzodiacepinas</b>		
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	1	QL (120 per 30 days)
alprazolam oral tablet 2 mg	1	QL (150 per 30 days)
alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1	QL (120 per 30 days)
alprazolam oral tablet extended release 24 hr 3 mg	1	QL (90 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg	1	QL (120 per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	1	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	1	QL (300 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	1	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg	1	QL (300 per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	1	QL (180 per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml	1	QL (10 per 28 days)
diazepam injection syringe 5 mg/ml	1	
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	1	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)	1	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	1	QL (120 per 30 days)
estazolam oral tablet 1 mg	1	QL (60 per 30 days)
estazolam oral tablet 2 mg	1	QL (30 per 30 days)
flurazepam oral capsule 15 mg	1	QL (60 per 30 days)
flurazepam oral capsule 30 mg	1	QL (30 per 30 days)
lorazepam 2 mg/ml oral concent	1	QL (150 per 30 days)
lorazepam 4 mg/ml vial inner	1	
lorazepam injection solution 2 mg/ml	1	QL (2 per 30 days)
lorazepam injection solution 4 mg/ml	3	NDS; QL (2 per 30 days)
lorazepam injection syringe 2 mg/ml	1	QL (2 per 30 days)
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml	1	QL (150 per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	1	QL (90 per 30 days)
lorazepam oral tablet 2 mg	1	QL (150 per 30 days)
midazolam oral syrup 2 mg/ml	1	QL (10 per 30 days)
oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg	1	QL (120 per 30 days)
temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg	1	QL (30 per 30 days)
triazolam oral tablet 0.125 mg	1	QL (120 per 30 days)
triazolam oral tablet 0.25 mg	1	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes Antidemencia</b>		
<b>Agentes Antidemencia</b>		
donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg	1	QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg	1	QL (30 per 30 days)
ergoloid oral tablet 1 mg	1	
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg	1	QL (30 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
galantamine oral solution 4 mg/ml	1	QL (200 per 30 days)
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	1	QL (60 per 30 days)
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	1	ST; QL (30 per 30 days)
memantine oral solution 2 mg/ml	1	QL (300 per 30 days)
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	1	QL (60 per 30 days)
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	3	ST; NDS
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	3	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	1	QL (60 per 30 days)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour	1	QL (30 per 30 days)
<b>Agentes Antidiabetico</b>		
<b>Agentes Antidiabeticos, Varios</b>		
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	QL (90 per 30 days)
FAXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	2	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	2	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	2	QL (30 per 30 days)
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	4	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
metformin oral solution 500 mg/5 ml	1	QL (765 per 30 days)
metformin oral tablet 1,000 mg	1	QL (75 per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg	1	QL (150 per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg	1	QL (90 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	1	QL (120 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	1	QL (60 per 30 days)
miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	QL (90 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	2	QL (3 per 28 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	2	QL (1.5 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>repaglinide-metformin oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	2	QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	4	PA; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	4	PA; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	2	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	2	QL (60 per 30 days)
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)

07/24/2023

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	2	QL (2 per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML)	2	QL (9 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	2	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	2	QL (60 per 30 days)
<b>Insulinas</b>		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	2	QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	2	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	2	QL (24 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	2	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	2	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	2	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	2	QL (40 per 28 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	QL (30 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	2	QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	2	QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	2	QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	2	QL (15 per 28 days)
<b>Sulfonilureas</b>		
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	1	QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	1	QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg	1	QL (30 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg	1	QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	1	QL (120 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	1	
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	
<b>Agentes Antigota</b>		
<b>Agentes Antigota, Otros</b>		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	3	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	1	
<b>Agentes Antimigránea</b>		
<b>Agentes Antimigránea</b>		
<i>AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5 ML</i>	2	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML</i>	2	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	1	QL (24 per 28 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	4	NDS; QL (8 per 28 days)
<i>EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML</i>	2	PA; QL (2 per 30 days)
<i>EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML</i>	2	PA; QL (2 per 30 days)
<i>EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)</i>	2	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	1	QL (9 per 30 days)
<i>NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG</i>	2	PA; QL (18 per 30 days)
<i>QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG</i>	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/actuation</i>	1	QL (18 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	3	NDS; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i>	1	QL (9 per 27 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	2	PA; QL (16 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet,disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (6 per 30 days)
<b>Agentes Antinausea</b>		
<b>Agentes Antinausea</b>		
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS RECON SOLN 235-0.25 MG	3	NDS
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS SOLUTION 235 MG-0.25 MG /20 ML	3	NDS
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG	3	PA BvD; NDS
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION 7.2 MG/ML	3	NDS; QL (4.4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	1	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	1	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	1	
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	3	PA BvD; NDS; QL (6 per 28 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fosaprepitant intravenous recon soln 150 mg</i>	1	QL (2 per 28 days)
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml</i>	1	
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	1	PA BvD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet,disintegrating 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>	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	1	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	1	QL (10 per 30 days)
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	4	NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG</i>	3	NDS

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	4	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	1	
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	3	NDS
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	4	NDS
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	1	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i>	1	HI
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	3	NDS
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	4	PA; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	1	PA; QL (42 per 7 days)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i>	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine injection solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	1	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	3	NDS
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	1	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	4	PA; NDS; QL (300 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	4	PA; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	4	PA; NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	2	QL (30 per 30 days)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	3	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG	3	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	3	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
ABILITY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	4	NDS; QL (1 per 28 days)
ABILITY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	4	NDS; QL (1 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	4	ST; NDS; QL (90 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	4	NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	4	NDS; QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	4	NDS; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	4	NDS; QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	4	NDS; QL (3.2 per 28 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	1	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	4	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	3	ST; NDS
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<b>INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML</b>	4	NDS; QL (3.5 per 180 days)
<b>INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML</b>	4	NDS; QL (5 per 180 days)
<b>INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML</b>	4	NDS; QL (0.75 per 28 days)
<b>INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML</b>	4	NDS; QL (1 per 28 days)
<b>INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML</b>	4	NDS; QL (1.5 per 28 days)
<b>INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML</b>	2	QL (0.25 per 28 days)
<b>INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML</b>	4	NDS; QL (0.5 per 28 days)
<b>INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML</b>	4	NDS; QL (0.88 per 84 days)
<b>INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML</b>	4	NDS; QL (1.32 per 84 days)
<b>INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML</b>	4	NDS; QL (1.75 per 84 days)
<b>INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML</b>	4	NDS; QL (2.63 per 84 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<b>LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG</b>	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	1	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
PERSERIS ABDOMINAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	4	NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	4	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	3	NDS; QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	4	NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	4	NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	4	NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	4	NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	4	NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	4	NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	4	NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	4	NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	ST; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	3	ST; NDS
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	1	QL (6 per 28 days)

07/24/2023

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	3	NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	4	NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	4	NDS; QL (1 per 28 days)
<b>Agentes Calóricos</b>		
<b>Agentes Calóricos</b>		
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD; NDS

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	3	PA BvD; NDS
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	3	PA BvD; NDS
<i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i>	1	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	3	NDS
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %</i>	1	HI
<i>dextrose 5%-water iv soln p/f, single use</i>	1	
<i>dextrose 5%-water iv soln single use</i>	1	HI
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	3	PA BvD; NDS
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	3	PA BvD; NDS
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	3	PA BvD; NDS
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	PA BvD; NDS
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	3	PA BvD; NDS
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	3	PA BvD; NDS
<b>Agentes Cardiovasculares</b>		
<b>Agentes Alfa-Adrenérgicos</b>		
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	1	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr	1	QL (4 per 28 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i>	1	QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	4	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>phenylephrine hcl injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<b>Agentes Antiarrítmicos</b>		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	1	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lidocaine (pf) intravenous syringe 100 mg/5 ml (2 %), 50 mg/5 ml (1 %)</i>	1	
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	1	
<b>MULTAQ ORAL TABLET 400 MG</b>	2	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml</i>	1	
<i>procainamide intravenous syringe 100 mg/ml</i>	1	
<i>propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	1	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	
<b>Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos</b>		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	1	HI
<i>labetalol intravenous syringe 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	1	HI
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i>	1	HI
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	HI
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	1	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<b>Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio</b>		

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	1	
diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml	1	HI
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg	1	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg	1	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	1	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	1	
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	1	
matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	1	
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	1	
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	1	
verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml	1	HI
verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg	1	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg	1	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg	3	NDS
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	1	
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	1	
<b>Agentes Cardiovasculares, Varios</b>		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	2	QL (600 per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	2	QL (60 per 30 days)
digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	1	
digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	1	
digoxin injection solution 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)	1	
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	1	

07/24/2023

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

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

07/24/2023

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

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

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	1	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i>	1	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	1	
<i>EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG</i>	3	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	1	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i>	1	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i>	1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG</i>	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG</i>	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	1	ST; QL (120 per 30 days)
<i>PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML</i>	2	QL (2 per 28 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	1	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i>	1	
<b>REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML</b>	2	QL (7 per 28 days)
<b>REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML</b>	2	QL (6 per 28 days)
<b>REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML</b>	2	QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<b>VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM</b>	1	QL (240 per 30 days)
<b>VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM</b>	1	QL (120 per 30 days)
<b>Diuréticos</b>		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	1	HI
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	1	HI
<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>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
<b>JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG</b>	4	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<b>JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM)</b>	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	1	
<i>torsemide 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	
<b>Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina</b>		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i>	1	ST; QL (1200 per 30 days)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml</i>	1	HI
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	

07/24/2023

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

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

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	4	ST; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	1	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	1	
<i>mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram</i>	1	
<i>mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 800 mg</i>	1	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	1	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	3	NDS
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b>		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	1	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i>	4	NDS
<i>calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation</i>	1	QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	1	HI
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 60 mg</i>	4	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	1	
<i>EVENITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 105 MG/1.17 ML, 210MG/2.34ML (105MG/1.17MLX2)</i>	4	PA; NDS; QL (2.34 per 30 days)
<i>FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML)</i>	2	QL (2.4 per 28 days)
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	1	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i>	1	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	1	QL (1 per 28 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	4	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
pamidronate intravenous recon soln 30 mg, 90 mg	1	HI
pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)	1	HI
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg	1	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	2	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	2	QL (60 per 30 days)
risedronate oral tablet 150 mg	1	QL (1 per 28 days)
risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg	1	QL (30 per 30 days)
risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)	1	QL (4 per 28 days)
risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec) 35 mg	1	QL (4 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	2	QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	4	PA; NDS
zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg	1	
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml	1	
zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml	1	QL (100 per 300 days)
<b>Agentes De Trastorno De Sueño</b>		
<b>Agentes De Trastorno De Sueño</b>		
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	1	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg	1	QL (30 per 30 days)
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	4	PA; NDS; QL (150 per 30 days)
modafinil oral tablet 100 mg	1	PA; QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	1	PA; QL (60 per 30 days)
sodium oxybate oral solution 500 mg/ml	4	PA; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	3	PA; NDS; QL (30 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	4	PA; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central</b>		
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central</b>		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	4	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	4	PA; NDS; QL (210 per 30 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	4	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	4	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	4	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	1	
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	1	
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML	4	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 5 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	4	PA; NDS; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	4	PA; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<b>ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML</b>	4	PA; NDS
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>flumazenil intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	1	
<b>GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG</b>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	4	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	4	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
<b>INGREZZA INITIATION PACK ORAL CAPSULE, DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)</b>	4	PA; NDS
<b>INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG</b>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<b>KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML</b>	4	PA; NDS; QL (1.2 per 28 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	1	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	4	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	3	PA; NDS
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	4	PA; NDS
<i>metadate er oral tablet extended release 20 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	1	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 18 mg (bx rating), 27 mg, 27 mg (bx rating), 54 mg, 54 mg (bx rating)</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg, 36 mg (bx rating)</i>	1	QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	4	PA; NDS; QL (20 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	4	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	4	PA; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	4	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	4	PA; NDS
RADICAVA INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/100 ML	4	PA; NDS; QL (2800 per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	2	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	2	
TASCENO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	4	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	4	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio</b>		
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros</b>		
<i>acetylcysteine intravenous solution 200 mg/ml (20 %)</i>	1	
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	1	PA BvD
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA; NDS

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml	1	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 30 MG/ML	4	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	4	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 100 MG/ML	4	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	4	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	4	PA; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200- 125 MG	4	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	4	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	4	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV	4	PA BvD; HI; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	4	PA BvD; HI; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	1	QL (30 per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	4	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	4	PA; NDS

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	4	PA; NDS
<b>Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados</b>		
ADVAIR DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	1	QL (60 per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	2	QL (12 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	2	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	1	PA BvD; QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	2	QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	2	QL (120 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	2	QL (12 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	2	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	2	QL (21.2 per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION	2	QL (30.6 per 30 days)
<b>Antileucotrienos</b>		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<b>Broncodilatadores</b>		

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	1	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	1	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	1	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %)</i>	1	PA BvD; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	1	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	1	
<b>ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION</b>	2	QL (60 per 30 days)
<b>ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION</b>	3	NDS; QL (25.8 per 28 days)
<b>BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION</b>	2	QL (10.7 per 30 days)
<b>COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION</b>	2	QL (8 per 30 days)
<i>elixophyllin oral elixir 80 mg/15 ml</i>	1	
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA BvD; QL (312.5 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
<b>PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION</b>	3	NDS; QL (2 per 30 days)
<b>SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE</b>	2	QL (60 per 30 days)
<b>SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION</b>	2	QL (4 per 30 days)
<b>SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG</b>	2	QL (30 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 28 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>terbutaline subcutaneous solution 1 mg/ml</i>	4	NDS
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	1	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	2	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<b>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	1	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	1	
<i>oralone dental paste 0.1 %</i>	1	
<i>paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	1	
<b>Agentes Dermatológicos</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos</b>		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	1	
<i>ala-scalp topical lotion 2 %</i>	1	
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	1	
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %</i>	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i>	1	QL (236 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-min oil-wht pet topical ointment 1 %</i>	1	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<b>Agentes Dermatológicos, Otros</b>		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>acyclovir topical cream 5 %</i>	1	QL (5 per 4 days)
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
ALCOHOL 70% SWABS	1	
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	1	
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED	1	
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	1	
BD SINGLE USE SWAB	1	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	1	
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM	1	
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	1	
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	1	
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED	1	
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	4	NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	1	
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	1	QL (24 per 30 days)
IV ANTISEPTIC WIPES	1	
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	1	
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	2	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled,rapid rel 10 mg</i>	4	NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	4	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>penciclovir topical cream 1 %</i>	1	
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	1	
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	3	NDS; QL (180 per 30 days)
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	1	
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB	1	
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	4	NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	1	
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<b>Antibacterianos Dermatológicos</b>		
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %, 1.2 %(1 % base) -5 %</i>	1	
<i>ery pads topical swab 2 %</i>	1	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	1	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %</i>	1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	1	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	1	QL (220 per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	1	
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i>	1	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	1	
<i>ssd topical cream 1 %</i>	3	NDS

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	1	
<b>Escabicidas Y Pediculicidas</b>		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	1	
<b>Retinoides Dermatológicos</b>		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i>	1	
<i>ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %</i>	3	PA; NDS
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %</i>	3	NDS
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	1	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	1	PA
<b>Agentes Gastrointestinales</b>		
<b>Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos</b>		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	1	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	1	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg, 40 mg</i>	1	HI
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	1	HI
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml</i>	1	HI
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	HI
<i>famotidine oral suspension 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>nizatidine oral solution 150 mg/10 ml</i>	1	
<i>omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i>	1	HI
<i>pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	1	
<b>Agentes Gastrointestinales, Otros</b>		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	4	PA; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	1	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	1	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	1	
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	1	
<i>GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG</i>	4	PA; NDS
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i>	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	1	
<i>LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM</i>	2	QL (34 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	2	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i>	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	1	HI
<i>metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml</i>	1	HI
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	2	QL (30 per 30 days)
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	4	PA; NDS
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	4	PA; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	4	PA; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	4	PA; NDS; QL (11.2 per 28 days)
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	4	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	2	QL (30 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	4	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
<b>Enlaces De Fosfato</b>		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	1	
<i>lanthanum oral tablet, chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	4	NDS
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML	3	NDS
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	4	NDS

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	2	
<b>Laxantes</b>		
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>	1	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 - 5.86 gram</i>	1	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i>	1	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	1	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	2	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	2	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	2	
<b>Agentes Genitourinarios</b>		
<b>Agentes Genitourinarios, Varios</b>		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	1	
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i>	1	
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG	3	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i>	4	NDS
<b>Antiespasmódicos, Urinario</b>		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	2	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	
<i>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	
<b>Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador</b>		
<b>Agentes Tiroideos Y Antitiroideos</b>		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	
<b>Andrógenos</b>		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	1	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	1	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<b>XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML</b>	2	PA; QL (2 per 28 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Estrógenos Y Antiestrógenos</b>		
amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	1	
dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	1	QL (8 per 28 days)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	2	
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1	
estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	1	QL (8 per 28 days)
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	1	QL (4 per 28 days)
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)	1	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	1	QL (18 per 28 days)
estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml	1	
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg	1	
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	3	NDS; QL (1 per 84 days)
fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	1	
jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg	1	
lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	1	QL (8 per 28 days)
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	1	
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	1	
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG	2	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	2	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	2	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	2	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	2	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	1	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	1	QL (18 per 28 days)
<b>Glucocorticoides/Mineralocorticoides</b>		
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	HI
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml</i>	1	HI
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 4 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	1	
<i>HEMADY ORAL TABLET 20 MG</i>	3	NDS
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i>	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA BvD

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	1	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML	3	NDS
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	1	
<b>Pituitario</b>		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	4	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	4	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml ampul p/f, outer, sdv</i>	4	NDS
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i>	1	
<i>desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1	
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i>	4	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	4	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	4	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	4	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG	4	PA; NDS
NORDITROPIN FLEXPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	4	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i>	4	NDS
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	1	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	4	PA NSO; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	4	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML	4	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	4	PA NSO; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	4	PA NSO; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	4	PA; NDS
SUPPRELIN LA IMPLANT KIT 50 MG (65 MCG/DAY)	4	PA; NDS
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML	4	PA; NDS
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	4	PA; NDS
<b>Progestinas</b>		
<i>hydroxyprogesterone caproate intramuscular oil 250 mg/ml</i>	4	NDS
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	1	
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	4	PA; NDS
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	4	PA; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	4	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	4	NDS
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	1	PA BvD
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	4	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	4	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	4	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	4	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	4	PA; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	4	PA; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	4	PA; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	4	PA; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	4	PA; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml</i>	1	PA BvD

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	PA BvD
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	1	PA BvD
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	1	PA BvD
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	4	PA; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	4	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	4	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	4	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	4	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	4	PA; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	4	PA; NDS
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	4	PA BvD; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	4	PA BvD; NDS
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA; NDS
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	4	PA BvD; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	4	PA BvD; NDS
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	4	PA BvD; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	4	PA BvD; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	4	PA BvD; NDS
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg	1	PA BvD

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	4	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	4	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	4	PA; NDS
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	4	PA; NDS
HYQVIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM /100 ML (10 %), 2.5 GRAM /25 ML (10 %), 20 GRAM /200 ML (10 %), 30 GRAM /300 ML (10 %), 5 GRAM /50 ML (10 %)	4	PA BvD; NDS
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML	4	PA; NDS
ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	4	PA; NDS
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA; NDS
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i>	4	PA; NDS

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	4	PA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	4	PA; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	4	PA; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	4	PA BvD; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	1	PA BvD
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	4	PA BvD; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	4	PA BvD; NDS
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	4	PA; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	4	PA; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	4	PA; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	4	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	4	PA; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	4	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	PA BvD; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	3	PA BvD; NDS
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	3	PA BvD; ST; NDS
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	2	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA; NDS
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	4	NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	4	PA BvD; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i>	4	PA BvD; NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	4	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	4	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	4	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	4	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	4	PA; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	4	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	4	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	4	PA; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	1	PA BvD
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	4	PA; NDS
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	4	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	4	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	4	PA; NDS
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML	4	PA; HI; LA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	4	PA; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	4	PA; NDS

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	4	PA; NDS
<b>Vacunas</b>		
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	2	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	2	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	2	
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	2	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	2	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	2	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	2	PA BvD
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	2	PA BvD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	2	PA BvD
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	2	QL (1.5 per 365 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	2	QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	2	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	2	PA BvD
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	2	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	2	PA BvD
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	
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	2	
JYNNEOS (PF)(STOCKPILE) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	2	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	2	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	2	
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	2	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	2	
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	2	
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	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	2	
PREHEVBRIOD (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	2	PA BvD
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	2	
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	2	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML)	2	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	2	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	2	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	2	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	2	PA BvD
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	2	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	2	
ROTAQE VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	2	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	2	QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	2	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	2	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	2	
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	2	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML	2	QL (1.5 per 365 days)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	2	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	2	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	2	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	2	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	2	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	2	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	2	QL (2 per 365 days)
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	2	
<b>Agentes Oftálmicos</b>		
<b>Agentes Antiglaucoma</b>		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	1	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	2	
AZOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	1	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %</i>	3	NDS
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	1	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	1	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	2	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %	1	
RHOPPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	2	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	2	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	2	
tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %	1	QL (30 per 30 days)
timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %	1	
timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	1	
travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %	1	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	3	NDS; QL (5 per 30 days)
<b>Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta</b>		
<b>Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
acetic acid otic (ear) solution 2 %	1	
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram	1	
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	1	
bleph-10 ophthalmic (eye) drops 10 %	1	
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	
ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	1	QL (7.5 per 7 days)
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	1	QL (3.5 per 4 days)
gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	
gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)	1	
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	
hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %	1	
levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	3	NDS
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit- mg/ml</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml- unit/ml-%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	1	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5- 400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	1	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	1	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500- 10,000 unit/gram</i>	1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	3	NDS
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	2	
<b>Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	2	ST; QL (10 per 25 days)
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %	1	
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %	2	
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %	1	
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %	1	
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	1	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	2	QL (8.3 per 14 days)
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)	1	QL (50 per 25 days)
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %	1	
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	3	NDS
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %	1	
fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	2	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	2	QL (5.6 per 14 days)
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	2	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	2	QL (5 per 16 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %	1	QL (10 per 13 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %	1	QL (15 per 19 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i>	1	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	3	NDS
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	2	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	2	QL (5.5 per 28 days)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 %	1	QL (60 per 30 days)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	2	ST; QL (32 per 30 days)
Xiidra OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	2	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios</b>		
<i>alcaíne ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	3	NDS
<i>azelastine nasal aerosol,spray 137 mcg (0.1 %)</i>	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i>	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	1	ST
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	1	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	1	
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 %	4	PA; NDS; QL (20 per 28 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	4	PA; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	1	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	1	QL (15 per 10 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	1	
<i>olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %</i>	1	QL (30.5 per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.2 %</i>	1	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
TEPEZZA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	4	PA; NDS
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b>		
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	4	PA; NDS
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	4	PA; NDS
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>dexrazoxane hcl intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	4	NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	1	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	3	NDS; QL (90 per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	4	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	4	PA; NDS
EXONDYS-51 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	4	PA; LA; NDS
<i>fomepizole intravenous solution 1 gram/ml</i>	4	NDS
GVOKE HYOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	2	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	2	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
IGALMI SUBLINGUAL FILM 120 MCG, 180 MCG	3	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	1	HI
<i>leucovorin calcium injection solution 10 mg/ml</i>	1	HI

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i>	1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	3	NDS
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i>	4	NDS
<i>mesna intravenous solution 100 mg/ml</i>	1	HI
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	4	NDS
<i>nitisinone oral capsule 20 mg</i>	4	PA; NDS
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML	4	PA; NDS
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	1	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	3	NDS; QL (30 per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	4	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	4	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	4	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	4	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
TOTECT INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	4	NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	3	NDS; QL (30 per 30 days)
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM	4	NDS; QL (24 per 14 days)
VOWST ORAL CAPSULE	4	PA; NDS; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	2	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	2	
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		

07/24/2023

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

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

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg	1	QL (150 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 50 mg	1	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 75 mg	1	QL (60 per 30 days)
diclofenac sodium topical drops 1.5 %	1	QL (300 per 30 days)
diclofenac sodium topical gel 1 %	1	QL (1000 per 30 days)
diclofenac sodium topical gel 3 %	1	PA; QL (100 per 28 days)
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)	4	PA; NDS; QL (224 per 28 days)
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg	1	
diflunisal oral tablet 500 mg	1	
ec-naproxen dr 500 mg tablet	1	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg	1	
etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg	1	
fenoprofen oral tablet 600 mg	1	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	1	
ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	1	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml	1	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	1	
ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg	1	PA; QL (90 per 30 days)
indomethacin oral capsule 25 mg	1	QL (240 per 30 days)
indomethacin oral capsule 50 mg	1	QL (120 per 30 days)
indomethacin oral capsule, extended release 75 mg	1	QL (60 per 30 days)
ketoprofen oral capsule 50 mg, 75 mg	1	
ketoprofen oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 200 mg	1	
ketorolac injection cartridge 15 mg/ml	1	QL (40 per 30 days)
ketorolac injection solution 15 mg/ml	1	QL (40 per 30 days)
ketorolac injection solution 30 mg/ml, 30 mg/ml (1 ml)	1	QL (20 per 30 days)
ketorolac injection syringe 15 mg/ml	1	QL (40 per 30 days)
ketorolac injection syringe 30 mg/ml	1	QL (20 per 30 days)
ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml	1	QL (20 per 30 days)
ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml	1	QL (20 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ketorolac oral tablet 10 mg	1	QL (20 per 30 days)
mefenamic acid oral capsule 250 mg	1	
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	1	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	1	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg	1	
naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg, 500 mg	1	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	1	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	1	
tolmetin oral capsule 400 mg	1	
tolmetin oral tablet 200 mg, 600 mg	1	
<b>Analgésicos, Varios</b>		
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml	1	QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg	1	QL (360 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	1	QL (180 per 30 days)
ascomp with codeine oral capsule 30-50-325-40 mg	1	QL (180 per 30 days)
buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml	1	
buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml	1	
buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour	1	QL (4 per 28 days)
butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg, 50-325-40-30 mg	1	QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg	1	QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg	1	QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg	1	QL (180 per 30 days)
butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg	1	QL (180 per 30 days)
butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg	1	QL (180 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>butorphanol nasal spray,non-aerosol 10 mg/ml</i>	1	QL (5 per 28 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	4	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadose oral tablet,soluble 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>MORPHINE ORAL TABLET 15 MG</i>	3	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>MORPHINE ORAL TABLET 30 MG</i>	3	NDS; QL (120 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>tencon oral tablet 50-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>vicodin hp oral tablet 10-300 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>zebutal oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)

07/24/2023

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

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

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	
<b>Antibacterianos</b>		
<b>Aminoglicósidos</b>		
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	1	HI
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	1	HI
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	1	HI
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	4	NDS
<i>TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG</i>	4	NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	4	PA BvD; NDS
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i>	4	PA BvD; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	1	HI
<b>Antibacteriales, Misceláneos</b>		
<i>bacitracin intramuscular recon soln 50,000 unit</i>	1	
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	1	HI
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	1	HI
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (6 ml), 150 mg/ml</i>	1	HI
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 300 mg/2 ml, 600 mg/4 ml, 900 mg/6 ml</i>	1	HI

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i>	4	HI; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	4	HI; NDS
FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML	3	NDS
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i>	1	HI
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	4	NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	1	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	1	HI
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	1	HI
SYNERCID INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	4	HI; NDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	1	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	1	QL (112 per 14 days)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i>	3	NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	4	PA; NDS; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<b>Antibióticos B-Lactam Misceláneos</b>		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	HI
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	4	PA; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	1	HI
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	1	HI
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	1	HI
<b>Cefalosporinas</b>		

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	1	
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	1	HI
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	1	HI
<i>cefazolin intravenous recon soln 3 gram</i>	3	HI; NDS
<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	HI
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	1	
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	1	HI
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	1	HI
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i>	1	HI
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	HI
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	1	HI
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	1	HI

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	4	HI; NDS
<b>Macrólidos</b>		
azithromycin intravenous recon soln 500 mg	1	HI
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	1	
azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg	1	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	4	NDS; QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	4	NDS; QL (20 per 10 days)
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	1	
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
<b>Penicilinas</b>		
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	1	
amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ampicillin oral capsule 500 mg	1	
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg	1	HI
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram	1	HI
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	3	NDS
dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
nafcillin 1 gm/ 50 ml inj 1 gram/50 ml	1	HI
nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram	1	HI
nafcillin injection recon soln 10 gram	4	HI; NDS
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit	1	HI
penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml	1	
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit	1	HI
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram	1	HI
<b>Quinolonas</b>		
ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	1	HI
ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 250 mg/5 ml	1	
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	1	HI
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml	1	HI
levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml	1	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	
moxifloxacin oral tablet 400 mg	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Sulfonamidas</b>		
sulfadiazine oral tablet 500 mg	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml	1	HI
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg	1	
<b>Tetraciclinas</b>		
demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg	1	
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	1	HI
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	1	HI
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	1	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	1	
doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg, 75 mg	1	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg	1	
doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml	1	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg	1	
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	1	
minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	1	
monodoxine nl oral capsule 100 mg	1	
monodoxine nl oral capsule 75 mg	1	QL (60 per 30 days)
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	4	HI; NDS
<b>Anticonceptivos</b>		
<b>Anticonceptivos</b>		
afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg	1	
amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	1	QL (91 per 84 days)
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg	1	
ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	1	QL (91 per 84 days)
aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	
aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	1	
aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	1	
aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	1	
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	1	
aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	
ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	1	
balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg	1	
blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	1	
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	1	
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	
briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg	1	
camila oral tablet 0.35 mg	1	
caziant (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg	1	
chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	1	
cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	1	
cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg	1	
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg	1	
daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	1	QL (91 per 84 days)
deblitane oral tablet 0.35 mg	1	
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	1	
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg	1	
elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg	1	
ELLA ORAL TABLET 30 MG	3	NDS; QL (6 per 365 days)
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	1	QL (1 per 28 days)
emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	1	
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
errin oral tablet 0.35 mg	1	
estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	1	
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	1	QL (1 per 28 days)
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	
femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1	
hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	1	
hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	1	
hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	
hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg	1	
haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	1	QL (1 per 28 days)
heather oral tablet 0.35 mg	1	
iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	1	QL (91 per 84 days)
incassia oral tablet 0.35 mg	1	
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	1	QL (91 per 84 days)
jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg	1	
jencycla oral tablet 0.35 mg	1	
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	1	
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	1	
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	1	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	1	
kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	1	
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	1	
kelnor 1-50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	1	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
l norgest/e.estriadiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	1	QL (91 per 84 days)
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	1	
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	1	
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	1	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	1	
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	
larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	1	QL (91 per 84 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	1	
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	1	QL (91 per 84 days)
loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg	1	
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	1	
lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg	1	
lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	
lyleq oral tablet 0.35 mg	1	
lyza oral tablet 0.35 mg	1	
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	1	
merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	1	
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	
mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1	
mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1	
necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	1	
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	1	
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	1	
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg	1	
norlyda oral tablet 0.35 mg	1	
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	1	
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)	1	
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	1	
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg	1	

07/24/2023

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

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

07/24/2023

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

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

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	2	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	2	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	2	QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	1	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	4	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	4	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	3	NDS
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	3	NDS
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	4	PA NSO; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	1	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	3	ST; NDS; QL (480 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	4	NDS
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	4	PA NSO; NDS

07/24/2023

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

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

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	HI
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	1	HI
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	1	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	4	NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	4	NDS
<i>SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG</i>	4	PA BvD; NDS
<i>SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG</i>	3	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG</i>	3	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	
<i>SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG</i>	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG</i>	3	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	1	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	1	HI
<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), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	3	NDS
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2)	4	NDS
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrona oral powder in packet 500 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	3	ST; NDS; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	3	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	3	ST; NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	3	NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	PA NSO; NDS; QL (1080 per 30 days)
<b>Antidepresivos</b>		
<b>Antidepresivos</b>		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	4	ST; NDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	1	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml	1	QL (600 per 30 days)
citalopram oral tablet 10 mg	1	QL (120 per 30 days)
citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg	1	QL (30 per 30 days)
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	1	
desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	QL (30 per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1	
doxepin oral concentrate 10 mg/ml	1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	3	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	3	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg	1	QL (60 per 30 days)
duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg	1	QL (30 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml	1	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	3	ST; NDS
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	3	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	
fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	1	
fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	1	
<i>maprotiline oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	3	NDS
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	1	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	1	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	1	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	1	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG	3	PA NSO; NDS
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	4	PA NSO; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	3	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
VIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	2	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<b>Antifúngicos</b>		
<b>Antifúngicos</b>		
<i>ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML</i>	3	PA BvD; NDS
<i>AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG</i>	4	PA BvD; NDS
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i>	4	PA BvD; NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg</i>	1	HI
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	1	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	1	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	1	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>econazole topical cream 1 %</i>	1	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	HI

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	4	NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	4	PA; NDS
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i>	1	ST; QL (100 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	1	
<i>NOXAFIL INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/16.7 ML</i>	4	HI; NDS
<i>NOXAFIL ORAL SUSP,DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG</i>	4	PA; NDS
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	1	QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	1	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole intravenous solution 300 mg/16.7 ml</i>	4	HI; NDS
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	4	PA; NDS
<i>posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	4	PA; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i>	4	PA BvD; HI; NDS

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	4	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	1	
<b>Antihistamínicos</b>		
<b>Antihistamínicos</b>		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	1	
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	1	
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	1	
<i>ciproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	1	
<i>ciproheptadine oral tablet 4 mg</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	1	
<b>Antimicobacteriales</b>		
<b>Antimicobacteriales</b>		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG</i>	3	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG</i>	3	NDS
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	1	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i>	1	HI
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG</i>	4	PA; NDS
<i>TRECATOR ORAL TABLET 250 MG</i>	3	NDS
<b>Antivirales (Sítémico)</b>		
<b>Antirretrovirales</b>		

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i>	1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	1	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	4	NDS
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML)	4	NDS; QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	4	NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	4	NDS; QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	4	NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml), 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i>	4	NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	4	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	4	NDS
<i>darunavir ethanolate oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	4	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	4	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	4	NDS
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	1	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	4	NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	4	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	4	NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	4	NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	4	NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	NDS
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	3	NDS
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	4	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	4	NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	4	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	4	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	4	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	3	NDS
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	4	NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	4	NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	3	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	4	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	4	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	3	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	4	NDS
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	3	NDS
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i>	1	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	4	NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	3	NDS
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	3	NDS
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	4	NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	4	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	4	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	4	NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 800 MG	4	NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	3	NDS
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	3	HI; NDS
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	4	NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	4	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	4	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	4	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	2	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	4	NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	4	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	4	NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	4	PA BvD; NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	4	NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	4	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	3	NDS
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	4	NDS

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	3	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	4	NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	4	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	4	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	4	NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	4	NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	4	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	4	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	4	NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	3	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	
<b>Antivirales Hcv</b>		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	4	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
<b>Antivirales, Varios</b>		
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	1	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i>	1	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i>	1	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	1	QL (540 per 180 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	3	NDS; QL (30 per 5 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12 ML	4	PA; NDS; QL (336 per 28 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 480 MG/24 ML	4	PA; NDS; QL (672 per 28 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	3	NDS; QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	1	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	4	PA; NDS
XOFLUZA 40 MG TAB (80 MG DOSE)	3	NDS; QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	3	NDS; QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG	3	NDS; QL (2 per 180 days)
<b>Interferones</b>		
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)	4	PA NSO; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	4	NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	4	NDS
<b>Nucleósidos Y Nucleótidos</b>		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>cidofovir intravenous solution 75 mg/ml</i>	4	HI; NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	4	PA BvD; NDS

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ganciclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	4	PA BvD; NDS
<i>lagevrio (eua) oral capsule 200 mg</i>	3	NDS; QL (40 per 5 days)
<i>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i>	4	PA BvD; NDS
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	1	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i>	4	NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	1	
VEKLURY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA BvD; NDS
<b>Dispositivos</b>		
<b>Dispositivos</b>		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	

07/24/2023

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	1	
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	1	
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE	1	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	1	
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE NEEDLE 27 X 5/8 "	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	

07/24/2023

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

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

07/24/2023

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

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

07/24/2023

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	

07/24/2023

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	1	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	1	
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)- 200/BAG 2 X 2 "	1	
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY) 2 X 2 "	1	
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	1	
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	

07/24/2023

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

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

07/24/2023

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

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

07/24/2023

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

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

07/24/2023

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	

07/24/2023

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

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

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30	1	
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	1	
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	1	
EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	1	
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	1	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	1	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	1	
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	1	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	2	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	2	
INSULIN SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	1	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	1	
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	1	
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	1	
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	1	
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	1	
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	1	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	1	
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	1	
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	1	
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	1	
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	1	
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 1/2"	1	
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
NOVOFINE 30 NEEDLE	1	
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	1	
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	1	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	1	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	
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	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 per 30 days)

07/24/2023

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"	1	
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	1	
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	1	
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	1	
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4"	1	
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM, STRL, SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	1	
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	1	
RELI ON 31G X 1/4" NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"	1	
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 29	1	
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	1	
RELION MINI PEN 31G X 1/4" NDL 31 GAUGE X 1/4"	1	
RELION PEN NEEDLES 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	1	
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	
SM STERILE PADS 2" X 2" 2"X2", STERILE 2 X 2 "	1	
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	1	
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	1	
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	

07/24/2023

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	
TERUMO INS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	1	
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8"	1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	1	
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8"	1	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
TRUE CMFR PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE CMFR PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE CMFR PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFR PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
ULT CFT 0.3 ML 30GX5/16" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	1	
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	1	
ULTIGUARD SAFE PACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	1	
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
ULTIGUARD SAFEPEK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	1	
ULTIGUARD SAFEPEK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	1	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	1	
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	1	
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	

07/24/2023

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

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

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	1	
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	1	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	
V-GO 20 DEVICE	2	
V-GO 30 DEVICE	2	
V-GO 40 DEVICE	2	
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>		
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>		
calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)	1	HI
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	1	HI
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	1	HI
electrolyte-148 intravenous parenteral solution	1	HI

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ISOLYTE S IV SOLUTION-EXCEL SINGLE USE	3	HI; NDS
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	HI; NDS
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	HI; NDS
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	1	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	1	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	1	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	1	HI
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)</i>	1	HI
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)</i>	1	HI
<i>magnesium sulfate injection syringe 4 meq/ml</i>	1	HI
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	HI; NDS
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	HI; NDS
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	HI; NDS
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>	1	PA BvD; HI
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	HI
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	1	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	1	HI
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	3	HI; NDS
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	1	HI
<i>sodium chloride 0.9% solution viaflex, single use</i>	1	HI
<i>sodium chloride 0.9% solution viaflex, single use</i>	3	NDS
<b>Productos Para La Tos Y Resfriado</b>		
<b>Productos Para La Tos Y Resfriado</b>		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	5	GC; EX
<b>Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen</b>		
<b>Agentes Hematológicos, Varios</b>		
<i>ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML</i>	4	PA; NDS
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
<i>CABLIVI INJECTION KIT 11 MG</i>	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG</i>	3	NDS
<i>GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION 189 MG/ML</i>	4	PA; NDS
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>SIKLOS ORAL TABLET 100 MG</i>	3	PA; NDS
<i>TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG</i>	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tranexamic acid intravenous solution 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i>	1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	
<b>Anticoagulantes</b>		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	2	QL (74 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml	1	QL (30 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml	1	QL (60 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	1	QL (48 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml	1	QL (18 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml	1	QL (24 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml	1	QL (36 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml	4	NDS; QL (24 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml	1	QL (15 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml	4	NDS; QL (12 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml	4	NDS; QL (18 per 30 days)
heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)	1	HI
heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	1	HI
heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml	1	HI
heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml	1	HI
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	1	
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)-20 MG (9)	2	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	2	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	2	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	2	QL (60 per 30 days)
<b>Inhibidores De Agregación De Plaquetas</b>		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	2	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	1	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<b>Modificadores De Formación De Sangre</b>		
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	4	PA; NDS
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	4	PA; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	PA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	4	PA; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	4	NDS
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML)	4	NDS

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	4	PA; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	PA; NDS
NPLATE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 125 MCG, 250 MCG, 500 MCG	4	PA; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	4	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
RELEUKO INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	4	PA; NDS
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	PA; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	2	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	2	PA; QL (4 per 28 days)
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	PA; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA; NDS

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>		
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	4	HI; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	4	PA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	4	HI; NDS
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000-180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	2	
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/3 ML	4	HI; NDS
ELITEK INTRAVENOUS RECON SOLN 1.5 MG, 7.5 MG	4	HI; NDS
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	4	PA; HI; NDS
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	4	PA; NDS; QL (14 per 28 days)
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i>	4	PA; NDS
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	4	PA; NDS
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION 8 MG/ML	4	PA BvD; NDS
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	4	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	4	HI; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	PA; NDS
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG	4	PA; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	4	PA; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	4	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	4	PA BvD; NDS
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	4	PA; NDS
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i>	4	PA; NDS

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	4	PA; LA; NDS
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML (1 MG/ML)	4	PA; NDS
VPRIV INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	4	NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000- 63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000- 17,000- 24,000 UNIT	2	
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1	
chlorzoxazone oral tablet 250 mg	4	NDS; QL (120 per 30 days)
chlorzoxazone oral tablet 500 mg	1	
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	1	
revonto intravenous recon soln 20 mg	1	HI
tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg	1	
<b>Vitaminas Y Minerales</b>		
<b>Vitaminas Y Minerales</b>		
bal-care dha combo pack 27-1-430 mg	1	
bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg	1	
c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg	1	
completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution	5	GC; EX
ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)	5	GC; EX
folic acid oral tablet 1 mg	5	GC; EX
folivane-ob capsule 85-1 mg	1	
kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg	1	
m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg	1	
mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg	1	
mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg	1	
mynatal oral tablet 90-1-50 mg	1	
mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg	1	
mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg	1	
mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg	1	
newgen tablet 32-1,000 mg-mcg	1	
niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg	1	
obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg	1	
o-cal prenatal tablet 15 mg iron- 1,000 mcg	1	
pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	1	
pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg	1	
pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55- 300 mg	1	
pnv-omega softgel 28-1-300 mg	1	
pnv-vp-u oral capsule 106.5-1 mg	1	
pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg	1	
pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg	1	
pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg - 430 mg	1	
pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg	1	
prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg- 300 mg	1	
prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg	1	
prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg	1	
prenatabs fa tablet 29-1 mg	1	
prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg	1	
prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg	1	
prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg	1	
prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	1	
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	1	

07/24/2023

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
prenatal-u capsule 106.5-1 mg	1	
preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg	1	
pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg	1	
purefe ob plus oral capsule 106 mg iron- 1 mg	1	
purefe plus oral capsule 106 mg iron- 1 mg	1	
r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg	1	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	1	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	1	
se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg	1	
taron-c dha capsule 35-1-200 mg	1	
taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg	1	
triveen-duo dha combo pack 29-1-400 mg	1	
vinate care chewable tablet 40 mg iron- 1 mg	1	
virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg	1	
virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg	1	
virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg	1	
virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg	1	
vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg	1	
vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg	1	
vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg	1	
vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg	1	
vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron- 1 mg-200 mg	1	
zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg	1	
zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg	1	
zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg	1	

07/24/2023

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

## ÍNDICE

<b>1</b>	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS .....	118
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS .....	118
<b>A</b>	
abacavir.....	113
abacavir-lamivudine .....	113
abacavir-lamivudine-zidovudine.....	113
ABELCET.....	110
ABILIFY MAINTENA .....	32
abiraterone.....	11
ABOUTTIME PEN NEEDLE .....	118
ABRAXANE .....	11
acamprosate.....	22
acarbose .....	24
accutane.....	60
acebutolol.....	39
acetaminophen-codeine .....	88
acetazolamide .....	79
acetazolamide sodium .....	79
acetic acid .....	80
acetylcysteine.....	53
acitretin.....	60
ACTEMRA .....	71
ACTEMRA ACTPEN .....	71
ACTHAR .....	69
ACTHIB (PF) .....	76
ACTIMMUNE.....	84
acyclovir .....	60, 117
acyclovir sodium .....	117
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) .....	76
ADAKVEO .....	153
adapalene .....	62
adefovir.....	117
ADEMPAS .....	86
adrucil .....	11
ADVAIR DISKUS .....	55
ADVAIR HFA .....	55
ADVOCATE PEN NEEDLE .....	119
ADVOCATE SYRINGES .....	118, 119
afirmelle.....	97
AJOVY AUTOINJECTOR .....	28
AJOVY SYRINGE .....	28
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) .....	29
AKYNZEO (NETUPITANT) .....	29
ala-cort.....	57
ala-scalp .....	57
albendazole .....	30
albuterol sulfate.....	56
alcaine .....	83
alclometasone .....	57
ALCOHOL PADS .....	60
ALCOHOL PREP PADS .....	60
ALCOHOL PREP SWABS .....	60
ALCOHOL SWABS .....	60
ALCOHOL WIPES .....	61
ALDURAZYME .....	157
ALECENSA .....	11
alendronate .....	48
alfuzosin .....	65
ALIMTA .....	11
aliskiren .....	47
allopurinol .....	28
alosetron .....	47
ALPHAGAN P .....	79
alprazolam .....	22
ALREX .....	82
altavera (28).....	97
ALTRENO .....	62
ALUNBRIG .....	11
alyacen 1/35 (28) .....	97
alyacen 7/7/7 (28) .....	98
alyq .....	86
amabelz .....	67
amantadine hcl .....	31
AMBISOME .....	110
ambrisentan .....	86
amethia .....	98
amiloride .....	45
amiloride-hydrochlorothiazide .....	45
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) .....	37
amiodarone .....	39
amitriptyline .....	107
amitriptyline-chlordiazepoxide .....	107
amlodipine .....	43
amlodipine-atorvastatin .....	43
amlodipine-benazepril .....	43
amlodipine-olmesartan .....	43
amlodipine-valsartan .....	43
amlodipine-valsartan-hcthiazid .....	43
ammonium lactate .....	60
amoxapine .....	107
amoxicil-clarithromy-lansopraz .....	62
amoxicillin .....	95
amoxicillin-pot clavulanate .....	95
amphotericin b .....	110
amphotericin b liposome .....	110
ampicillin .....	96
ampicillin sodium .....	96

ampicillin-sulbactam.....	96		
anagrelide .....	153		
anastrozole .....	11		
ANORO ELLIPTA.....	56		
apomorphine .....	31		
APONVIE .....	29		
apraclonidine .....	83		
aprepitant .....	29		
APRETUDE .....	113		
apri .....	98		
APTIOM.....	104		
APTIVUS.....	113		
aranelle (28) .....	98		
ARCALYST .....	71		
aripiprazole .....	32, 33		
ARISTADA.....	33		
ARISTADA INITIO .....	33		
armodafinil .....	49		
ARNUITY ELLIPTA .....	55		
ascomp with codeine .....	88		
asenapine maleate .....	33		
ashlyna .....	98		
aspirin-dipyridamole .....	155		
ASSURE ID DUO-SHIELD .....	119		
ASSURE ID INSULIN SAFETY .....	119		
ASSURE ID PEN NEEDLE .....	119		
atazanavir .....	113		
atenolol.....	39		
atenolol-chlorthalidone.....	39		
atomoxetine .....	50		
atorvastatin .....	43		
atovaquone .....	30		
atovaquone-proguanil .....	30		
atropine .....	83		
ATROVENT HFA.....	56		
aubra eq.....	98		
aurovela 1.5/30 (21) .....	98		
aurovela 1/20 (21) .....	98		
aurovela 24 fe .....	98		
aurovela fe 1.5/30 (28).....	98		
aurovela fe 1-20 (28) .....	98		
AUSTEDO.....	50		
AUSTEDO XR.....	50		
AUVELITY.....	107		
aviane .....	98		
AVONEX .....	50		
AVSOLA.....	71		
ayuna .....	98		
AYVAKIT .....	11		
azacitidine .....	11		
azathioprine .....	71		
azathioprine sodium .....	71		
azelastine .....	83		
azithromycin.....	95		
AZOPT .....	79		
aztreonam .....	93		
azurette (28) .....	98		
<b>B</b>			
bacitracin .....	80, 92		
bacitracin-polymyxin b .....	80		
baclofen.....	158		
bal-care dha .....	158		
bal-care dha essential.....	158		
balsalazide .....	47		
BALVERSA.....	11		
balziva (28) .....	98		
BCG VACCINE, LIVE (PF).76			
BD ALCOHOL SWABS.....	60		
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE .....	120		
BD ECLIPSE LUER-LOK.120			
BD INSULIN SYRINGE ....	120		
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT).....	120		
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP .....	120		
BD INSULIN SYRINGE U-500 .....	120		
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE .....	120		
<b>BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE</b> .....	120		
<b>BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE</b> .....	120, 121		
<b>BD SAFETYGLIDE NEEDLE</b> .....	120		
<b>BD SAFETYGLIDE SYRINGE</b> .....	120		
<b>BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE</b> .....	121		
<b>BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE</b> .....	121		
<b>BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE</b> .....	121		
<b>BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE</b> .....	121		
<b>BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE</b> .....	121		
<b>BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)</b> .....	121		
<b>BD VEO INSULIN SYRINGE UF</b> .....	121		
<b>BELSOMRA</b> .....	49		
benazepril.....	46		
benazepril-hydrochlorothiazide .....	46		
bendamustine .....	11		
<b>BENDAMUSTINE</b> .....	11		
<b>BENDEKA</b> .....	11		
<b>BENLYSTA</b> .....	71		
benzonatate .....	153		
benztropine .....	31		
bepotastine besilate .....	83		
<b>BESREMI</b> .....	71		
betaine .....	84		
betamethasone acet,sod phos .....	68		
betamethasone dipropionate .....	57, 58		
betamethasone valerate .....	58		
betamethasone, augmented .....	58		

BETASERON .....	50
betaxolol.....	40, 79
bethanechol chloride .....	65
bexarotene.....	11
BEXSERO .....	76
bicalutamide .....	11
BICILLIN L-A .....	96
BIKTARVY .....	113
bimatoprost.....	79
bisoprolol fumarate.....	40
bisoprolol-	
hydrochlorothiazide .....	40
bleomycin.....	11
bleph-10 .....	80
blisovi 24 fe.....	98
blisovi fe 1.5/30 (28).....	98
blisovi fe 1/20 (28).....	98
BOOSTRIX TDAP .....	76
BORDERED GAUZE .....	121
bortezomib .....	11
BORTEZOMIB .....	11
BOSULIF.....	11
BRAFTOVI.....	11
BREO ELLIPTA .....	55
BREZTRI AEROSPHERE ..	56
briellyn .....	98
BRILINTA.....	155
brimonidine .....	79
brimonidine-timolol .....	79
BRIVIACT .....	104
bromfenac .....	82
bromocriptine.....	31
BROMSITE .....	82
BRUKINSA .....	11
budesonide .....	47, 55
bumetanide .....	45
buprenorphine .....	88
buprenorphine hcl.....	22, 88
buprenorphine-naloxone ....	22
bupropion hcl.....	107, 108
bupropion hcl (smoking deter) .....	22
buspirone .....	84
butalbital-acetaminop-caf-cod .....	88
butalbital-acetaminophen ..	88
butalbital-acetaminophen-caff .....	88
butalbital-aspirin-caffeine ..	88
butorphanol.....	89
C	
CABENUVA.....	113
cabergoline .....	31
CABLIVI.....	153
CABOMETYX.....	12
cabotegravir .....	113
caffeine citrate .....	50
calcipotriene.....	60
calcitonin (salmon).....	48
calcitriol.....	48
calcium acetate(phosphat bind) .....	64
calcium chloride .....	151
CALQUENCE .....	12
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) .....	12
camila .....	98
candesartan .....	42
candesartan-	
hydrochlorothiazid .....	42
CAPLYTA.....	33
CAPRELSA.....	12
captopril .....	46
captopril-hydrochlorothiazide .....	46
carbamazepine.....	104
carbidopa .....	31
carbidopa-levodopa.....	31
carbidopa-levodopa- entacapone .....	31
carboxamine maleate.....	112
carboplatin .....	12
CAREFINE PEN NEEDLE	121
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD.....	60
CARETOUCH INSULIN SYRINGE .....	122
CARETOUCH PEN NEEDLE .....	122
carglumic acid.....	63
CAROSPIR .....	47
carteolol .....	79
cartia xt .....	41
carvedilol .....	40
caspofungin.....	110
CAYSTON .....	93
caziant (28) .....	98
cefaclor .....	94
cefadroxil .....	94
cefazolin .....	94
cefazolin in dextrose (iso-os) .....	94
cefdinir .....	94
cefepime .....	94
cefixime .....	94
cefotaxime .....	94
cefoxitin .....	94
cefpodoxime .....	94
cefprozil .....	94
ceftazidime .....	94
ceftriaxone .....	94
cefuroxime axetil .....	94
cefuroxime sodium .....	94
celecoxib .....	86
cephalexin .....	95
CERDELGA .....	157
CEREZYME .....	157
cevimeline .....	57
chateal eq (28) .....	98
chloramphenicol sod succinate .....	92
chlordiazepoxide hcl.....	23
chlorhexidine gluconate .....	57
chloroquine phosphate.....	30
chlorothiazide sodium .....	45

chlorpromazine .....	33	colesevelam .....	44
chlorthalidone .....	45	colestipol .....	44
chlorzoxazone .....	158	colistin (colistimethate na) .....	93
cholestyramine (with sugar) .....	44	COMBIVENT RESPIMAT .....	56
cholestyramine light .....	44	COMETRIQ .....	12
ciclopirox .....	110	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE .....	122, 123, 124
cidofovir .....	117	COMFORT EZ PEN NEEDLES .....	123
cilostazol .....	155	COMFORT TOUCH PEN NEEDLE .....	124
CIMDUO .....	113	COMPLERA .....	113
cimetidine .....	62	completenate .....	158
cimetidine hcl .....	62	compro .....	29
CIMZIA .....	71	constulose .....	63
CIMZIA POWDER FOR RECONST .....	71	COPAXONE .....	50
cinacalcet .....	48	COPIKTRA .....	12
CINQAIR .....	53	CORLANOR .....	41
CINRYZE .....	155	CORTROPHIN GEL .....	69
ciprofloxacin .....	96	COSENTYX .....	71
ciprofloxacin hcl .....	80, 96	COSENTYX (2 SYRINGES) .....	71
ciprofloxacin in 5 % dextrose .....	96	COSENTYX PEN (2 PENS) .....	71
ciprofloxacin-dexamethasone .....	80	COTELLIC .....	12
citalopram .....	108	CREON .....	157
cladribine .....	12	cromolyn .....	54, 63, 83
clarithromycin .....	95	cryselle (28) .....	98
clemastine .....	112	CURAD GAUZE PAD .....	124
CLENPIQ .....	65	CURITY ALCOHOL SWABS .....	60
CLICKFINE PEN NEEDLE .....	122	CURITY GAUZE .....	124
clindamycin hcl .....	92	cyanocobalamin (vitamin b-12) .....	158
clindamycin in 5 % dextrose .....	92	cyclafem 1/35 (28) .....	98
clindamycin pediatric .....	92	cyclafem 7/7/7 (28) .....	98
clindamycin phosphate .....	61, 92	cyclobenzaprine .....	158
clindamycin-benzoyl peroxide .....	61	cyclopentolate .....	83
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE .....	37	cyclophosphamide .....	12
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE .....	37	cyclosporine .....	71, 72
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE .....	37	cyclosporine modified .....	72
CLINIMIX 5%- D20W(SULFITE-FREE) .....	37	cyproheptadine .....	112
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) .....	37		
CLINIMIX 8%- D10W(SULFITE-FREE) .....	37		
CLINIMIX 8%- D14W(SULFITE-FREE) .....	37		
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE .....	37		
CLINIMIX E 4.25%/D10W SULF FREE .....	38		
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE .....	38		
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE .....	38		
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE .....	38		
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE .....	38		
clobazam .....	104		
clobetasol .....	58		
clobetasol-emollient .....	58		
clomipramine .....	108		
clonazepam .....	23		
clonidine .....	38, 39		
clonidine hcl .....	38, 50		
clopidogrel .....	155		
clorazepate dipotassium .....	23		
clotrimazole .....	110		
clotrimazole-betamethasone .....	110		
clozapine .....	33		
c-nate dha .....	158		
COARTEM .....	30		
codeine sulfate .....	89		
codeine-butalbital-asa-caff .....	89		
colchicine .....	28		

CYRAMZA .....	12
cyred eq .....	98
CYSTADROPS .....	83
CYSTARAN .....	83
<b>D</b>	
d5 % and 0.9 % sodium chloride.....	151
d5 %-0.45 % sodium chloride .....	151
dabigatran etexilate .....	153
dalfampridine .....	50
danazol.....	66
dantrolene .....	158
DANYELZA.....	12
dapsone .....	112
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) .....	76
daptomycin .....	93
darunavir ethanolate .....	113
DARZALEX.....	12
DARZALEX FASPRO .....	12
dasetta 1/35 (28).....	98
dasetta 7/7/7 (28) .....	99
DAURISMO .....	12
daysee .....	99
deblitane.....	99
decitabine.....	12
deferasirox .....	91
deferiprone.....	91
deferoxamine.....	91
DELSTRIGO.....	113
demeclocycline .....	97
DENGVAXIA (PF).....	76
denta 5000 plus .....	57
dentagel .....	57
DERMACEA .....	124
DERMACEA NON-WOVEN .....	124
DESCOVERY .....	113
desipramine .....	108
desmopressin .....	69
desog-e.estradiol/e.estradiol .....	99
desogestrel-ethinyl estradiol .....	99
desonide.....	58
desoximetasone .....	58
desvenlafaxine succinate .....	108
dexamethasone .....	68
dexamethasone sodium phos (pf) .....	68
dexamethasone sodium phosphate .....	68, 82
dexamethylphenidate .....	50
dexrazoxane hcl.....	84
dextroamphetamine sulfate .....	51
dextroamphetamine-amphetamine .....	51
dextrose 10 % in water (d10w).....	38
dextrose 5 % in water (d5w) .....	38
DIACOMIT .....	104
diazepam.....	23, 104
diazepam intensol.....	23
diazoxide .....	84
diclofenac potassium.....	86
diclofenac sodium....	82, 86, 87
diclofenac-misoprostol .....	87
dicloxacillin.....	96
dicyclomine .....	63
didanosine.....	113
DIFICID.....	95
diflorasone .....	58
diflunisal .....	87
difluprednate .....	82
digitek .....	41
digox .....	41
digoxin .....	41
dihydroergotamine .....	28
DILANTIN.....	104
diltiazem hcl .....	41
dilt-xr .....	41
dimenhydrinate.....	29
dimethyl fumarate .....	51
DIPENTUM .....	48
diphenhydramine hcl .....	112
diphenoxylate-atropine.....	63
dipyridamole .....	155
disopyramide phosphate.....	39
disulfiram .....	22
divalproex .....	104
docetaxel .....	12
dofetilide .....	39
donepezil .....	23
DOPTELET (10 TAB PACK) .....	155
DOPTELET (15 TAB PACK) .....	155
DOPTELET (30 TAB PACK) .....	155
dorzolamide .....	79
dorzolamide-timolol .....	79
dotti.....	67
DOVATO .....	113
doxazosin .....	39
doxepin .....	108
doxercalciferol .....	48
doxorubicin.....	12
doxorubicin, peg-liposomal .....	13
doxy-100.....	97
doxycycline hyclate.....	97
doxycycline monohydrate .....	97
DRIZALMA SPRINKLE .....	108
dronabinol .....	29
droperidol .....	29
<b>DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)</b> .....	124, 125
<b>DROPLET INSULIN SYRINGE</b> .....	125
<b>DROPLET MICRON PEN NEEDLE</b> .....	125
<b>DROPLET PEN NEEDLE</b> .....	125, 126

DROPSAFE ALCOHOL	
PREP PADS .....	60
DROPSAFE INSULIN	
SYRINGE .....	126
DROPSAFE PEN NEEDLE	
.....	126
dospirenone-ethinyl estradiol	
.....	99
DROXIA.....	153
droxidopa .....	39
DUAVEE .....	67
duloxetine.....	108
DUPIXENT PEN .....	72
DUPIXENT SYRINGE .....	72
dutasteride .....	65
dutasteride-tamsulosin.....	65
<b>E</b>	
EASY COMFORT ALCOHOL	
PAD.....	60
EASY COMFORT INSULIN	
SYRINGE.....	127
EASY COMFORT PEN	
NEEDLES .....	127
EASY GLIDE INSULIN	
SYRINGE.....	127
EASY GLIDE PEN NEEDLE	
.....	127
EASY TOUCH.....	129
EASY TOUCH ALCOHOL	
PREP PADS .....	60
EASY TOUCH FLIPLOCK	
INSULIN .....	128, 129
EASY TOUCH FLIPLOCK	
SYRINGE.....	128
EASY TOUCH INSULIN	
SAFETY SYR.....	128
EASY TOUCH INSULIN	
SYRINGE.....	128, 129
EASY TOUCH LUER LOCK	
INSULIN .....	129
EASY TOUCH PEN NEEDLE	
.....	129
EASY TOUCH SAFETY PEN	
NEEDLE .....	129, 130
EASY TOUCH	
SHEATHLOCK INSULIN	
.....	128, 129
EASY TOUCH UNI-SLIP .....	129
ec-naproxen.....	87
econazole.....	110
EDARBI .....	42
EDARBYCLOR .....	42
EDURANT.....	113
efavirenz.....	113
efavirenz-emtricitabin-tenofovir	
.....	113
efavirenz-lamivu-tenofovir	
disop .....	113
EGRIFTA SV .....	69
ELAPRASE.....	157
electrolyte-148.....	151
ELIGARD .....	13
ELIGARD (3 MONTH).....	13
ELIGARD (4 MONTH).....	13
ELIGARD (6 MONTH).....	13
elinest .....	99
ELIQUIS .....	154
ELIQUIS DVT-PE TREAT	
30D START .....	154
ELITEK .....	157
elixophyllin .....	56
ELLA .....	99
ELMIRON.....	84
eluryng.....	99
EMBRACE PEN NEEDLE	130
EMCYT .....	13
EMEND.....	29
EMGALITY PEN .....	28
EMGALITY SYRINGE.....	28
emoquette .....	99
EMSAM .....	108
emtricitabine .....	113
emtricitabine-tenofovir (tdf)	
.....	114
EMTRIVA .....	114
enalapril maleate.....	46
enalaprilat.....	46
enalapril-hydrochlorothiazide	
.....	46
ENBREL .....	72
ENBREL MINI.....	72
ENBREL SURECLICK .....	72
ENDARI .....	84
endocet.....	89
ENGERIX-B (PF) .....	76
ENGERIX-B PEDIATRIC	
(PF) .....	76
enoxaparin .....	154
enpresse.....	99
enskyce .....	99
ENSPRYNG.....	51
entacapone .....	31
ENTADFI .....	65
entecavir.....	117
ENTRESTO .....	42
enulose .....	63
EPCLUSIA .....	116
EPIDIOLEX .....	104
epinastine .....	83
epinephrine .....	42
epitol.....	104
EPIVIR HBV.....	114
EPKINLY .....	13
eplerenone .....	47
epoprostenol (glycine).....	86
EPRONTIA .....	104
eprosartan .....	42
ERBITUX .....	13
ergocalciferol (vitamin d2) .....	158
ergoloid .....	23
ERIVEDGE .....	13
ERLEADA .....	13
erlotinib .....	13
errin .....	99
ertapenem .....	93
ery pads.....	61

erythromycin	80, 95
erythromycin ethylsuccinate	95
erythromycin with ethanol	61
erythromycin-benzoyl peroxide	61
escitalopram oxalate	108
esomeprazole magnesium	62
esomeprazole sodium	62
estarrylla	99
estazolam	23
estradiol	67
estradiol valerate	67
estradiol-norethindrone acet	67
eszopiclone	49
ethambutol	112
ethosuximide	104
ethynodiol diac-eth estradiol	99
etodolac	87
etonogestrel-ethinyl estradiol	99
ETOPOPHOS	13
etoposide	13
etravirine	114
EUCRISA	58
EVENITY	48
everolimus (antineoplastic)	13
everolimus (immunosuppressive)	72
EVOTAZ	114
EVRYSDI	84
EXEL INSULIN	130
exemestane	13
EXKIVITY	13
EXONDYS-51	84
EYSUVIS	82
EZALLOR SPRINKLE	44
ezetimibe	44
ezetimibe-simvastatin	44

## F

FABRAZYME	157
falmina (28)	99
famciclovir	117
famotidine	62
famotidine (pf)	62
famotidine (pf)-nacl (iso-os)	62
FANAPT	33
FARXIGA	24
FARYDAK	13
FASENRA	54
FASENRA PEN	54
febuxostat	28
felbamate	104
felodipine	43
FEMRING	67
femynor	99
fenofibrate	44
fenofibrate micronized	44
fenofibrate nanocrystallized	44
fenofibric acid (choline)	44
fenoprofen	87
fentanyl	89
fentanyl citrate	89
FERRIPROX	91
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	91
fesoterodine	65
FETZIMA	108
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	26
FIASP PENFILL U-100 INSULIN	26
FIASP U-100 INSULIN	26
finasteride	65
fingolimod	51
FINTEPLA	104
FIRVANQ	93
flavoxate	65
FLEBOGAMMA DIF	72
flecainide	39

FLOVENT DISKUS	55
FLOVENT HFA	55
flouxuridine	13
fluconazole	111
fluconazole in nacl (iso-osm)	110
flucytosine	111
fludrocortisone	68
flumazenil	51
flunisolide	82
fluocinolone	58
fluocinolone acetonide oil	82
fluocinonide	58, 59
fluocinonide-emollient	59
fluoride (sodium)	57
fluorometholone	82
fluorouracil	13, 60
fluoxetine	108
fluphenazine decanoate	33
fluphenazine hcl	33, 34
flurazepam	23
flurbiprofen	87
flurbiprofen sodium	82
flutamide	13
fluticasone propionate	59, 82
fluvastatin	44
fluvoxamine	108
folic acid	158
folivane-ob	158
fomepizole	84
fondaparinux	154
FORTEO	48
fosamprenavir	114
fosaprepitant	30
foscarnet	116
fosinopril	46
fosinopril-hydrochlorothiazide	46
fosphenytoin	105
FOTIVDA	13
FREESTYLE PRECISION	130
FULPHILA	155

fulvestrant .....	13	glatiramer .....	51	heather.....	99
furosemide .....	45	glatopa.....	51	HEMADY .....	68
FUZEON .....	114	GLEOSTINE .....	14	heparin (porcine).....	154
FYARRO .....	14	glimepiride.....	27	heparin, porcine (pf) .....	154
fyavolv .....	67	glipizide.....	27	HEPLISAV-B (PF).....	77
FYCOMPA .....	105	glipizide-metformin .....	27	HERCEPTIN HYLECTA .....	14
FYLNETRA .....	155	glyburide.....	28	HERZUMA .....	14
<b>G</b>		glyburide micronized .....	28	HETLIOZ LQ.....	49
gabapentin .....	105	glyburide-metformin.....	28	HIBERIX (PF) .....	77
GALAFOLD .....	157	glycopyrrolate .....	63	HUMIRA .....	73
galantamine .....	23, 24	glydo .....	91	HUMIRA PEN .....	73
GAMIFANT .....	72	GLYXAMBI.....	24	HUMIRA PEN CROHNS-UC-	
GAMMAGARD LIQUID.....	72	granisetron (pf).....	30	HS START .....	73
GAMMAGARD S-D (IGA < 1		granisetron hcl.....	30	HUMIRA PEN PSOR-	
MCG/ML).....	72	GRANIX.....	155	UVEITS-ADOL HS.....	73
GAMMAPLEX .....	72	griseofulvin microsize.....	111	HUMIRA(CF) .....	73
GAMMAPLEX (WITH		griseofulvin ultramicrosize	111	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS	
SORBITOL) .....	72	guanfacine .....	39, 51	STARTER .....	73
GAMUNEX-C .....	72	GVOKE .....	84	HUMIRA(CF) PEN .....	73
ganciclovir sodium .....	117, 118	GVOKE HYPOOPEN 2-PACK		HUMIRA(CF) PEN .....	
GARDASIL 9 (PF) .....	76	.....	84	CROHNS-UC-HS .....	73
gatifloxacin.....	80	GVOKE PFS 1-PACK		HUMIRA(CF) PEN .....	
GATTEX 30-VIAL .....	63	SYRINGE .....	84	PEDIATRIC UC .....	73
GAUZE PAD.....	130	<b>H</b>		HUMIRA(CF) PEN PSOR-	
gavilyte-c .....	65	HAEGARDA.....	155	UV-ADOL HS.....	73
gavilyte-g .....	65	hailey.....	99	HUMULIN R U-500 (CONC)	
gavilyte-n .....	65	hailey 24 fe .....	99	INSULIN .....	26
GAVRETO .....	14	hailey fe 1.5/30 (28).....	99	HUMULIN R U-500 (CONC)	
gefitinib .....	14	hailey fe 1/20 (28).....	99	KWIKPEN .....	26
gemcitabine .....	14	halobetasol propionate .....	59	hydralazine.....	42
gemfibrozil .....	44	haloette.....	99	hydrochlorothiazide .....	45
generlac .....	63	haloperidol .....	34	hydrocodone-acetaminophen	
gengraf .....	72, 73	haloperidol decanoate.....	34	.....	89
gentak.....	80	haloperidol lactate .....	34	hydrocodone-ibuprofen .....	89
gentamicin .....	61, 80, 92	HARVONI.....	116	hydrocortisone .....	48, 59, 68
gentamicin sulfate (ped) (pf)		HAVRIX (PF) .....	76	hydrocortisone butyrate .....	59
.....	92	HEALTHWISE INSULIN		hydrocortisone valerate .....	59
gentamicin sulfate (pf) .....	92	SYRINGE .....	131	hydrocortisone-acetic acid .....	80
GENVOYA .....	114	HEALTHWISE PEN NEEDLE		hydrocortisone-min oil-wht	
GILENYA .....	51	.....	131	pet .....	59
GILOTrif .....	14	HEALTHY ACCENTS		hydromorphone .....	89
GIVLAARI .....	153	UNIFINE PENTIP .....	131	hydromorphone (pf) .....	89

hydroxychloroquine .....	31	INFANRIX (DTAP) (PF).....	77	ISOLYTE S PH 7.4 .....	152
hydroxyprogesterone		INFLECTRA.....	73	ISOLYTE-P IN 5 %	
caproate .....	70	infliximab .....	73	DEXTROSE .....	152
hydroxyurea.....	14	INGREZZA.....	51	ISOLYTE-S .....	152
hydroxyzine hcl .....	112	INGREZZA INITIATION		isoniazid.....	112
hydroxyzine pamoate.....	84	PACK .....	51	isosorbide dinitrate.....	47
HYQVIA.....	73	INLYTA.....	15	isosorbide mononitrate.....	47
<b>I</b>		INPEN (FOR HUMALOG)		isosorbide-hydralazine .....	47
ibandronate.....	48	BLUE.....	132	isradipine .....	43
IBRANCE .....	14	INPEN (NOVOLOG OR		itraconazole.....	111
ibu.....	87	FIASP) BLUE.....	132	IV PREP WIPES .....	60
ibuprofen .....	87	INQOVI.....	15	ivermectin.....	31
ibuprofen-famotidine .....	87	INREBIC.....	15	IXIARO (PF).....	77
icatibant.....	42	INSULIN SYR/NDL U100		<b>J</b>	
iclevia.....	99	HALF MARK .....	132	jaimiess.....	100
ICLUSIG.....	14	INSULIN SYRINGE .....	120	JAKAFI.....	15
IDHIFA.....	14	INSULIN SYRINGE		jantoven .....	154
ifosfamide.....	14	MICROFINE.....	120	JARDIANC.....	24
IGALMI .....	84	INSULIN SYRINGE		jasmiel (28) .....	100
ILARIS (PF) .....	73	NEEDLELESS .....	120	javygtor .....	157
ILEVRO .....	82	INSULIN SYRINGE-NEEDLE		JAYPIRCA.....	15
ILUMYA.....	73	U-100 .....	120, 121, 130, 132,	JEMPERLI.....	15
imatinib .....	14	133, 139, 142, 143		jencycla .....	100
IMBRUVICA.....	14	INSUPEN PEN NEEDLE ..	133	JENTADUETO .....	24
imipenem-cilastatin.....	93	INTELENCE.....	114	JENTADUETO XR.....	24
imipramine hcl .....	108	INTRALIPID .....	38	jinteli .....	67
imipramine pamoate.....	109	INTRON A.....	117	juleber .....	100
imiquimod.....	60	INVEGA HAFYERA.....	34	JULUCA.....	114
IMJUDO.....	14	INVEGA SUSTENNA .....	34	junel 1.5/30 (21) .....	100
IMLYGIC .....	14	INVEGA TRINZA .....	34	junel 1/20 (21).....	100
IMOVA RABIES VACCINE		INVELTYS.....	82	junel fe 1.5/30 (28).....	100
(PF) .....	77	INVIRASE .....	114	junel fe 1/20 (28) .....	100
IMPAVIDO .....	31	IPOL.....	77	junel fe 24 .....	100
INBRIJA.....	31	ipratropium bromide .....	56, 83	JUXTAPI.....	44
incassia .....	99	ipratropium-albuterol .....	56	JYNARQUE .....	45
INCONTROL ALCOHOL		irbesartan .....	42	JYNNEOS	
PADS .....	60	irbesartan-		(PF)(STOCKPILE) .....	77
INCONTROL PEN NEEDLE		hydrochlorothiazide .....	42	<b>K</b>	
.....	131, 132	irinotecan .....	15	kalliga .....	100
INCRELEX.....	69	ISENTRESS .....	114	KALYDECO .....	54
indapamide .....	45	ISENTRESS HD .....	114	KANJINTI .....	15
indomethacin .....	87	isibloom .....	99	KANUMA .....	157

kariva (28).....	100	lanthanum .....	64	linezolid in dextrose 5% .....	93
KATERZIA .....	43	lapatinib .....	15	LINZESS .....	63
kelnor 1/35 (28).....	100	larin 1.5/30 (21).....	100	liothyronine.....	66
kelnor 1-50 (28).....	100	larin 1/20 (21).....	100	LISCO .....	133
KERENDIA .....	47	larin 24 fe .....	100	lisinopril.....	46
KESIMPTA PEN .....	51	larin fe 1.5/30 (28) .....	100	lisinopril-hydrochlorothiazide .....	46
ketoconazole .....	111	larin fe 1/20 (28).....	100	LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES .....	133
ketoprofen.....	87	larissia.....	100	LITE TOUCH INSULIN SYRINGE .....	133, 134
ketorolac.....	82, 87, 88	latanoprost .....	79	lithium carbonate.....	52
KEVZARA .....	74	leflunomide.....	74	LIVALO .....	44
KEYTRUDA .....	15	lenalidomide .....	15	lojaimiess.....	101
KIMMTRAK.....	15	LENVIMA .....	16	LOKELMA .....	63, 64
KINERET .....	74	lessina.....	100	LONSURF .....	16
KINRIX (PF).....	77	letrozole.....	16	loperamide .....	64
KISQALI .....	15	leucovorin calcium .....	84, 85	lopinavir-ritonavir.....	114
KISQALI FEMARA CO-PACK .....	15	LEUKERAN .....	16	lorazepam .....	23
KLISYRI .....	60	LEUKINE .....	155	lorazepam intensol.....	23
klor-con m10.....	152	leuprolide.....	16	LORBRENA .....	16
klor-con m15.....	152	leuprolide (3 month) .....	16	loryna (28).....	101
klor-con m20.....	152	levetiracetam .....	105	losartan .....	42
KLOXXADO .....	22	levobunolol.....	79	losartan-hydrochlorothiazide .....	42
KORLYM .....	24	levocarnitine.....	85	LOTEMAX .....	82
KOSELUGO .....	15	levocarnitine (with sugar)....	85	LOTEMAX SM.....	82
kosher prenatal plus iron..	158	levocetirizine.....	112	loteprednol etabonate .....	82
KRAZATI .....	15	levofloxacin .....	80, 84, 96	lovastatin .....	44
KRINTAFEL.....	31	levofloxacin in d5w .....	96	low-ogestrel (28) .....	101
KRYSTEXXA.....	157	levoleucovorin calcium.....	85	loxapine succinate .....	34
kurvelo (28).....	100	levonest (28).....	100	lo-zumandimine (28).....	101
KYNMOBI .....	32	levonorgestrel-ethinyl estrad .....	100	lubiprostone .....	64
<b>L</b>		levonorg-eth estrad triphasic .....	101	LUMAKRAS .....	16
I norgest/e.estradiol-e.estrad .....	100	levora-28 .....	101	LUMIGAN .....	79
labetalol.....	40	levothyroxine .....	66	LUNSUMIO .....	16
lacosamide.....	105	LEXIVA.....	114	LUPRON DEPOT.....	69
lactulose .....	63	lidocaine .....	91	LUPRON DEPOT (3 MONTH) .....	16, 69
lagevrio (eua) .....	118	lidocaine (pf).....	39, 91	LUPRON DEPOT (4 MONTH) .....	16
lamivudine.....	114	lidocaine hcl.....	91		
lamivudine-zidovudine .....	114	lidocaine viscous.....	91		
lamotrigine .....	105	lidocaine-prilocaine.....	91		
lanreotide .....	69	lillow (28).....	101		
lansoprazole .....	63	linezolid.....	93		

LUPRON DEPOT (6 MONTH).....	16
LUPRON DEPOT-PED.....	69
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH).....	69
Iurasidone .....	34
Itera (28).....	101
LYBALVI.....	34
lyeq.....	101
Iyllana .....	67
LYNPARZA.....	16
LYSODREN.....	16
LYTGOBI.....	16
lyza.....	101
<b>M</b>	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG.....	134
MAGELLAN SYRINGE.....	134
magnesium sulfate .....	152
magnesium sulfate in d5w	152
magnesium sulfate in water .....	152
malathion .....	62
maprotiline .....	109
maraviroc .....	114
MARGENZA.....	16
marlissa (28).....	101
marnatal-f.....	159
MARPLAN.....	109
MATULANE.....	16
matzim la.....	41
MAVENCLAD (10 TABLET PACK).....	52
MAVENCLAD (4 TABLET PACK).....	52
MAVENCLAD (5 TABLET PACK).....	52
MAVENCLAD (6 TABLET PACK).....	52
MAVENCLAD (7 TABLET PACK).....	52
MAVENCLAD (8 TABLET PACK).....	52
MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....	52
MAVYRET.....	116
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE .....	134
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE .....	134
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE .....	134
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE .....	134
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	134
MAYZENT.....	52
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) .....	52
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) .....	52
meclizine .....	30
medroxyprogesterone .....	70
mefenamic acid .....	88
mefloquine .....	31
megestrol .....	16, 70
MEKINIST .....	16
MEKTOVI.....	16
meloxicam.....	88
memantine .....	24
MENACTRA (PF).....	77
MENQUADFI (PF).....	77
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) .....	77
MEPSEVII .....	157
mercaptopurine .....	16
meropenem.....	93
merzee.....	101
mesalamine .....	48
mesna .....	85
MESNEX .....	85
metadate er.....	52
metformin .....	24
methadone .....	89
methadose .....	89
methazolamide .....	79
methenamine hippurate .....	93
methimazole .....	66
methocarbamol.....	158
methotrexate sodium.....	17
methotrexate sodium (pf)....	17
methoxsalen .....	60
methscopolamine.....	64
methylsuximide .....	105
methyldopa .....	39
methylphenidate hcl .....	52, 53
methylprednisolone .....	68
methylprednisolone acetate .....	68
methylprednisolone sodium succ.....	68
metoclopramide hcl .....	64
metolazone .....	46
metoprolol succinate .....	40
metoprolol ta-hydrochlorothiaz.....	40
metoprolol tartrate.....	40
metronidazole .....	61, 92, 93
metronidazole in nacl (iso-os) .....	93
metyrosine.....	42
mexiletine .....	39
miconazole-3 .....	111
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE .....	134, 135
microgestin fe 1/20 (28)....	101
midazolam.....	23
midodrine.....	39
miglitol.....	24
miglustat .....	157
mihi .....	101
mimvey .....	67
MINI ULTRA-THIN II .....	135
minitran.....	47
minocycline .....	97

minoxidil .....	47	nadolol .....	40	nifedipine .....	43
mirtazapine .....	109	nafcillin.....	96	nikki (28).....	101
misoprostol .....	63	nafcillin in dextrose iso-osm .....	96	nilutamide .....	17
MITIGARE.....	28	NAGLAZYME .....	157	NINLARO .....	17
mitoxantrone.....	17	naloxone.....	22	nitazoxanide.....	31
M-M-R II (PF) .....	77	naltrexone .....	22	nitisinone .....	85, 157
m-natal plus .....	159	NAMZARIC .....	24	nitrofurantoin macrocrystal	93
modafinil.....	49	naproxen .....	88	nitrofurantoin monohyd/m-	
moexipril.....	46	naratriptan.....	28	cryst.....	93
molindone .....	34, 35	NATACYN.....	81	nitroglycerin.....	47
mometasone.....	59, 83	nateglinide.....	25	niva-plus .....	159
monodoxe nl.....	97	NATPARA .....	49	NIVESTYM.....	156
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING.....	136	NAYZILAM.....	105	nizatidine .....	63
MONOJECT INSULIN SYRINGE.....	135, 136	nebivolol .....	40	NORDITROPIN FLEXPRO	69
MONOJECT SYRINGE ...	135	necon 0.5/35 (28).....	101	norethindrone (contraceptive)	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN....	147	nefazodone .....	109	.....	101
mono-linyah .....	101	neomycin .....	92	norethindrone acetate .....	70
montelukast .....	55	neomycin-bacitracin-poly-hc .....	81	norethindrone ac-eth estradiol .....	67, 101
morphine .....	89, 90	neomycin-bacitracin- polymyxin .....	81	norethindrone-e.estradiol-iron	
MORPHINE .....	89	neomycin-polymyxin b gu...61		.....	101
morphine concentrate .....	89	neomycin-polymyxin b- dexameth .....	81	norgestimate-ethinyl estradiol	
MOUNJARO .....	25	neomycin-polymyxin- gramicidin.....	81	.....	101
MOVANTIK .....	64	neomycin-polymyxin-hc .....	81	norlyda .....	101
moxifloxacin.....	81, 96	neo-polycin .....	81	NORMOSOL-M IN 5 %	
MOZOBIL.....	155	neo-polycin hc .....	81	DEXTROSE .....	152
MULTAQ .....	39	NERLYNX .....	17	nortrel 0.5/35 (28) .....	101
mupirocin .....	61	NEULASTA .....	156	nortrel 1/35 (21).....	101
MVASI .....	17	NEULASTA ONPRO .....	156	nortrel 1/35 (28).....	101
mycophenolate mofetil.....	74	NEUPRO.....	32	nortrel 7/7/7 (28).....	101
mycophenolate mofetil (hcl) .....	74	nevirapine.....	114	nortriptyline .....	109
mynatal .....	159	newgen .....	159	NORVIR.....	115
mynatal advance.....	159	NEXLETOL .....	44	NOVOFINE 30.....	136
mynatal plus .....	159	NEXLIZET.....	44	NOVOFINE 32.....	136
mynatal-z.....	159	niacin.....	44	NOVOFINE PLUS.....	136
mynate 90 plus.....	159	niacor.....	44	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN .....	26
MYRBETRIQ .....	66	nicardipine.....	43	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 .....	26
N		NICOTROL .....	22	NOVOLIN N FLEXPEN.....	26
nabumetone.....	88			NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN .....	26

NOVOLIN R FLEXPEN.....	26
NOVOLIN R REGULAR	
U100 INSULIN .....	26
NOVOLOG FLEXPEN U-100	
INSULIN.....	27
NOVOLOG MIX 70-30 U-100	
INSULN .....	27
NOVOLOG MIX 70-	
30FLEXPEN U-100 .....	27
NOVOLOG PENFILL U-100	
INSULIN.....	27
NOVOLOG U-100 INSULIN	
ASPART .....	27
NOVOTWIST.....	136
NOXAFIL.....	111
NPLATE .....	156
NUBEQA.....	17
NUCALA.....	54
NULOJIX.....	74
NUPLAZID .....	35
NURTEC ODT.....	28
NUTRILIPID.....	38
nyamyc.....	111
nylia 1/35 (28) .....	102
nylia 7/7/7 (28) .....	102
nymyo .....	102
nystatin .....	111
nystatin-triamcinolone.....	111
nystop .....	111
NYVEPRIA.....	156
<b>O</b>	
obstetrix dha .....	159
o-cal prenatal.....	159
OCALIVA .....	64
OCREVUS .....	53
OCTAGAM.....	74
octreotide acetate .....	69, 70
ODEFSEY .....	115
ODOMZO .....	17
OFEV .....	54
ofloxacin .....	81
OGIVRI.....	17
olanzapine.....	35
olmesartan .....	42
olmesartan-amlodipin-	
hchthiazid .....	42
olmesartan-	
hydrochlorothiazide .....	42
olopatadine .....	84
OLUMIANT .....	74
omega-3 acid ethyl esters ..	44
omeprazole .....	63
omeprazole-sodium	
bicarbonate .....	63
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT	
(GEN 5) .....	136
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN	
5) .....	136
OMNIPOD CLASSIC PDM	
KIT(GEN 3) .....	136
OMNIPOD CLASSIC PODS	
(GEN 3) .....	136
OMNIPOD DASH INTRO KIT	
(GEN 4) .....	136
OMNIPOD DASH PDM KIT	
(GEN 4) .....	136
OMNIPOD DASH PODS	
(GEN 4) .....	136
OMNIPOD GO PODS .....	137
OMNIPOD GO PODS 10	
UNITS/DAY .....	136
OMNIPOD GO PODS 15	
UNITS/DAY .....	136
OMNIPOD GO PODS 20	
UNITS/DAY .....	136
OMNIPOD GO PODS 25	
UNITS/DAY .....	137
OMNIPOD GO PODS 30	
UNITS/DAY .....	137
OMNIPOD GO PODS 40	
UNITS/DAY .....	137
ondansetron .....	30
ondansetron hcl .....	30
ondansetron hcl (pf) .....	30
ONGENTYS.....	32
ONTRUZANT .....	17
ONUREG.....	17
OPDIVO .....	17
OPDUALAG .....	17
OPSUMIT .....	86
oralone.....	57
ORENCIA .....	74
ORENCIA (WITH MALTOSE)	
.....	74
ORENCIA CLICKJECT .....	74
ORFADIN .....	157
ORGOVYX .....	70
ORILISSA.....	70
ORKAMBI.....	54
ORSERDU .....	17
orsythia .....	102
oseltamivir .....	116
OSMOLEX ER.....	32
OTEZLA .....	74
OTEZLA STARTER.....	74
oxaliplatin .....	17
oxandrolone .....	66
oxazepam .....	23
oxcarbazepine .....	106
OXLUMO .....	85
oxybutynin chloride .....	66
oxycodone .....	90
oxycodone-acetaminophen	90
OXYCONTIN .....	90
oxymorphone .....	90
OZEMPIC .....	25
<b>P</b>	
pacerone .....	39
paclitaxel .....	17
paclitaxel protein-bound.....	17
paliperidone .....	35
PALYNZIQ .....	157
pamidronate .....	49
PANRETIN .....	60
pantoprazole .....	63
paricalcitol .....	49

paroex oral rinse .....	57
paromomycin .....	31
paroxetine hcl .....	109
PAXLOVID .....	117
PEDIARIX (PF) .....	77
PEDVAX HIB (PF) .....	77
PEGASYS .....	117
peg-electrolyte soln .....	65
PEMAZYRE .....	17
pemetrexed .....	18
pemetrexed disodium....	17, 18
PEN NEEDLE ....	130, 137, 139
PEN NEEDLE, DIABETIC .....	124, 135, 137, 139
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY .....	140
penciclovir .....	60
penicillamine .....	91
penicillin g potassium.....	96
penicillin g procaine.....	96
penicillin v potassium .....	96
PENTACEL (PF).....	77
pentamidine .....	31
PENTIPS .....	137
pentoxifylline.....	155
perindopril erbumine .....	46
periogard .....	57
permethrin.....	62
perphenazine .....	35
perphenazine-amitriptyline .....	109
PERSERIS .....	35
pfiberpen-g .....	96
phenelzine .....	109
phenobarbital.....	106
phenylephrine hcl .....	39
phenytoin .....	106
phenytoin sodium .....	106
phenytoin sodium extended .....	106
philith .....	102
PHOSLYRA .....	64
PIFELTRO .....	115
pilocarpine hcl .....	57, 80
pimecrolimus .....	59
pimozide .....	35
pimtrea (28) .....	102
pindolol .....	40
pioglitazone.....	25
pioglitazone-metformin .....	25
PIP PEN NEEDLE .....	137, 138
piperacillin-tazobactam .....	96
PIQRAY .....	18
pirfenidone .....	54
pirmella .....	102
piroxicam.....	88
PLASMA-LYTE 148.....	152
PLASMA-LYTE A.....	152
PLEGRIDY .....	53
pnv 29-1 .....	159
pnv-dha + docusate.....	159
pnv-omega .....	159
pnv-vp-u .....	159
podofilox .....	60
polycin .....	81
polymyxin b sulfate .....	93
polymyxin b sulf-trimethoprim .....	81
POMALYST .....	18
portia 28 .....	102
posaconazole .....	111
potassium chloride.....	152
potassium chloride-0.45 % nacl.....	153
potassium citrate.....	153
pr natal 400 .....	159
pr natal 400 ec .....	159
pr natal 430 .....	159
pr natal 430 ec .....	159
PRALUENT PEN .....	44
pramipexole .....	32
prasugrel .....	155
pravastatin .....	45
prazosin .....	39
prednicarbate.....	59
prednisolone .....	68
prednisolone acetate .....	83
prednisolone sodium phosphate .....	68, 83
prednisone .....	68, 69
pregabalin .....	106
PREHEVBARIO (PF).....	77
PREMARIN .....	67
PREMPHASE .....	67
PREMPPRO .....	67
prena1 true.....	159
prenaissance .....	159
prenaissance plus .....	159
prenatabs fa .....	159
prenatal 19 .....	159
prenatal 19 (with docusate) .....	159
prenatal low iron .....	159
prenatal plus .....	159
prenatal plus (calcium carb) .....	159
prenatal vitamin plus low iron .....	159
prenatal-u .....	160
preplus .....	160
pretab .....	160
PRETOMANID .....	112
prevalite .....	45
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE .....	138
previfem .....	102
PREVYMIS .....	117
PREZCOBIX .....	115
PREZISTA .....	115
PRIFTIN .....	112
PRIMAQUINE .....	31
primidone .....	106
PRIORIX (PF).....	77
PRIVIGEN .....	74
PRO COMFORT ALCOHOL PADS .....	61

PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	138
PRO COMFORT PEN NEEDLE	138
PROAIR RESPICLICK	56
probenecid	28
probenecid-colchicine	28
procainamide	39
PROCALAMINE 3%	38
prochlorperazine	30
prochlorperazine edisylate	30
prochlorperazine maleate	30
proctosol hc	59
protozone-hc	59
PRODIGY INSULIN SYRINGE	138
progesterone	71
progesterone micronized	71
PROGRAF	74
PROLASTIN-C	54
PROLENSA	83
PROLIA	49
PROMACTA	156
promethazine	30, 112
promethegan	30
propafenone	39
proparacaine	84
propranolol	40
propranolol-hydrochlorothiazide	40
propylthiouracil	66
PROQUAD (PF)	77
PROSOL 20 %	38
protamine	153
protriptyline	109
PULMOZYME	157
PURE COMFORT ALCOHOL PADS	61
PURE COMFORT PEN NEEDLE	138, 139
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	138
purefe ob plus	160
purefe plus	160
PURIXAN	18
pyrazinamide	112
pyridostigmine bromide	85
pyrimethamine	31
<b>Q</b>	
QINLOCK	18
QUADRACEL (PF)	78
quetiapine	35
quinapril	46
quinapril-hydrochlorothiazide	46
quinidine gluconate	39
quinidine sulfate	39
quinine sulfate	31
QULIPTA	28
<b>R</b>	
RABAVERT (PF)	78
rabeprazole	63
RADICAVA	53
raloxifene	68
ramipril	47
ranolazine	42
rasagiline	32
RASUVO (PF)	74
RAVICTI	64
RAYALDEE	49
reclipsen (28)	102
RECOMBIVAX HB (PF)	78
RECTIV	85
REGRANEX	61
RELENZA DISKHALER	117
RELEUKO	156
RELION NEEDLES	139
RELION PEN NEEDLES	139
RELISTOR	64
RENFLEXIS	75
repaglinide	25
repaglinide-metformin	25
REPATHA PUSHTRONEX	45
REPATHA SURECLICK	45
<b>REPATHA SYRINGE</b>	45
RESTASIS	83
RESTASIS MULTIDOSE	83
RETACRIT	156
RETEVMO	18
RETROVIR	115
REVCORI	157
revonto	158
REXULTI	35
REYATAZ	115
REZLIDHIA	18
REZUROCK	75
RHOPRESSA	80
RIABNI	18
ribavirin	118
RIDAURA	75
rifabutin	112
rifampin	112
rilpivirine	115
riluzole	53
rimantadine	117
RINVOQ	75
risedronate	49
RISPERDAL CONSTA	35
risperidone	35
ritonavir	115
RITUXAN HYCELA	18
rivastigmine	24
rivastigmine tartrate	24
rizatriptan	28
r-natal ob	160
ROCKLATAN	80
roflumilast	54
ROLVEDON	156
ropinirole	32
rosadan	61
rosuvastatin	45
ROTARIX	78
ROTATEQ VACCINE	78
ROZLYTREK	18
RUBRACA	18
rufinamide	106

RUKOBIA	115
RUXIENCE	18
RYBELSUS	25
RYBREVANT	18
RYDAPT	18
S	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE	139
SAFETY PEN NEEDLE	140
sajazir	42
SANTYL	61
sapropterin	157
SAVELLA	53
SCEMBLIX	18
scopolamine base	30
SECUADO	36
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	140
SECURESAFE PEN NEEDLE	140
select-ob	160
select-ob (folic acid)	160
selegiline hcl	32
selenium sulfide	61
SELZENTRY	115
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN)	27
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN	27
se-natal 19 chewable	160
SEREVENT DISKUS	56
SEROSTIM	70
sertraline	109
setlakin	102
sevelamer carbonate	64, 65
sevelamer hcl	65
SEZABY	106
sf 5000 plus	57
sharobel	102
SHINGRIX (PF)	78
SIGNIFOR	70
SIKLOS	153
sildenafil	86
sildenafil (pulm.hypertension)	86
silver sulfadiazine	61
SIMBRINZA	80
simliya (28)	102
simpesse	102
simvastatin	45
sirolimus	75
SIRTURO	112
SKY SAFETY PEN NEEDLE	140
SKYRIZI	75
SLYND	102
sodium chloride 0.45 %	153
sodium chloride 0.9 %	153
sodium fluoride-pot nitrate	57
sodium oxybate	49
sodium phenylbutyrate	64
sodium polystyrene sulfonate	64
sodium,potassium,mag sulfates	65
SOLIQUA 100/33	27
SOLTAMOX	18
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	69
SOMATULINE DEPOT	70
SOMAVERT	70
sorafenib	18
sorine	40
sotalol	40
sotalol af	40
SPIRIVA RESPIMAT	56
SPIRIVA WITH HANDIHALER	56
spironolactone	46
spironolacton- hydrochlorothiaz	46
SPRAVATO	109
sprintec (28)	102
SPRITAM	106
SPRYCEL	18
sps (with sorbitol)	64
sronyx	102
ssd	61
stavudine	115
STELARA	75
STERILE PADS	140
STIOLTO RESPIMAT	57
STIVARGA	18
STRENSIQ	158
streptomycin	92
STRIBILD	115
STRIVERDI RESPIMAT	57
SUBLOCADE	22
subvenite	106
sucralfate	63
sulfacetamide sodium	81
sulfacetamide sodium (acne)	62
sulfacetamide-prednisolone	81
sulfadiazine	97
sulfamethoxazole- trimethoprim	97
sulfasalazine	48
sulindac	88
sumatriptan	28
sumatriptan succinate	29
sumatriptan-naproxen	29
sunitinib malate	19
SUNLENCA	115
SUNOSI	49
SUPPRELIN LA	70
SUPREP BOWEL PREP KIT	65
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	61
SURE COMFORT INS. SYR. U-100	140
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	140, 141

SURE COMFORT PEN	
NEEDLE.....	140, 141
SURE COMFORT SAFETY	
PEN NEEDLE .....	140
SURE-FINE PEN NEEDLES	
.....	141
SURE-JECT INSULIN	
SYRINGE.....	141
SURE-PREP ALCOHOL	
PREP PADS.....	61
SUTAB.....	65
syeda .....	102
SYMBICORT .....	55
SYMDEKO .....	54
SYMJEPI.....	42
SYMLINPEN 120.....	25
SYMLINPEN 60 .....	25
SYMPAZAN.....	106
SYMTUZA.....	115
SYNAGIS.....	117
SYNAREL .....	70
SYNERCID .....	93
SYNJARDY.....	25
SYNJARDY XR.....	25
SYNRIBO.....	19
T	
TABLOID.....	19
TABRECTA.....	19
tacrolimus.....	59, 75
tadalafil.....	86
tadalafil (pulm. hypertension)	
.....	86
TAFINLAR.....	19
tafluprost (pf) .....	80
TAGRISSO .....	19
TAKHZYRO .....	85
TALTZ AUTOINJECTOR ..	75
TALTZ SYRINGE .....	75
TALZENNA.....	19
tamoxifen .....	19
tamsulosin.....	65
tarina 24 fe.....	102
tarina fe 1-20 eq (28).....	102
taron-c dha.....	160
taron-prex prenatal-dha .....	160
TASCENO ODT .....	53
TASIGNA .....	19
tasimelteon.....	50
TAVALISSE .....	153
tazarotene .....	62
TAZORAC.....	62
taztia xt .....	41
TAZVERIK .....	19
TDVAX.....	78
TECENTRIQ .....	19
TECHLITE INSULIN	
SYRINGE.....	142
TECHLITE INSULN	
SYR(HALF UNIT) ..	141, 142
TECHLITE PEN NEEDLE	142
TECVAYLI.....	19
TEFLARO.....	95
telmisartan .....	43
telmisartan-amlodipine.....	43
telmisartan-	
hydrochlorothiazid .....	43
temazepam .....	23
TEMIXYS .....	115
tencon .....	90
TENIVAC (PF).....	78
tenofovir disoproxil fumarate	
.....	115
TEPEZZA.....	84
TEPMETKO .....	19
terazosin.....	65
terbinafine hcl .....	111
terbutaline .....	57
terconazole .....	92
teriflunomide .....	53
TERUMO INSULIN	
SYRINGE.....	143
testosterone .....	66
testosterone cypionate.....	66
testosterone enanthate .....	66
TETANUS,DIPHTHERIA	
TOX PED(PF).....	78
tetrabenazine .....	53
tetracycline .....	97
THALOMID .....	85
theophylline.....	57
THINPRO INSULIN	
SYRINGE .....	143
thioridazine.....	36
thiothixene .....	36
tiadylt er .....	41
tiagabine .....	106
TIBSOVO .....	19
TICE BCG .....	19
TICOVAC .....	78
tigecycline .....	97
timolol maleate .....	40, 80
tinidazole .....	31
tiopronin.....	65
TIVDAK.....	19
TIVICAY .....	115
TIVICAY PD .....	116
tizanidine .....	158
TOBI PODHALER.....	92
tobramycin.....	81, 92
tobramycin in 0.225 % nacl	92
tobramycin sulfate.....	92
tobramycin-dexamethasone	
.....	81
tolmetin .....	88
tolterodine .....	66
TOPCARE CLICKFINE.....	143
TOPCARE ULTRA	
COMFORT .....	143
topiramate .....	106
toposar .....	19
toremifene .....	19
torsemide .....	46
TOTECT .....	85
TOUJEO MAX U-300	
SOLOSTAR .....	27

TOUJEO SOLOSTAR U-300	
INSULIN	27
TRACLEER	86
TRADJENTA	25
tramadol	90
tramadol-acetaminophen	90
trandolapril	47
trandolapril-verapamil	47
tranexamic acid	153
tranylcypromine	109
TRAVASOL 10 %	38
travoprost	80
TRAZIMERA	19
trazodone	109
TRECATOR	112
TRELEGY ELLIPTA	57
TRELSTAR	19
TREMFYA	75
treprostинil sodium	86
tretinoin	62
tretinoin (antineoplastic)	19
tri-femynor	102
triamcinolone acetonide	57, 59, 60, 69
triamterene-	
hydrochlorothiazid	46
triazolam	23
trientine	91
tri-estarrylla	102
trifluoperazine	36
trifluridine	82
trihexyphenidyl	32
TRIJARDY XR	25
TRIKAFTA	54
tri-legest fe	102
tri-linyah	102
tri-lo-estarrylla	102
tri-lo-marzia	102
tri-lo-mili	103
tri-lo-sprintec	103
trimethoprim	93
tri-mili	103
trimipramine	109
TRINTELLIX	109
tri-nymyo	103
tri-previfem (28)	103
TRIPTODUR	70
tri-sprintec (28)	103
TRIUMEQ	116
TRIUMEQ PD	116
triveen-duo dha	160
trivora (28)	103
tri-vylibra	103
tri-vylibra lo	103
TRIZIVIR	116
TROGARZO	116
TROPHAMINE 10 %	38
trospium	66
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	61
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	144
TRUE COMFORT PEN NEEDLE	144
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	61
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE	143, 144
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	143, 144
TRUEPLUS INSULIN	145
TRUEPLUS PEN NEEDLE	144, 145
TRULICITY	26
TRUMENBA	78
TRUSELTIQ	20
TRUXIMA	20
TUKYSA	20
tulana	103
TURALIO	20
TWINRIX (PF)	78
tyblume	103
TYBOST	85
TYMLOS	49
TYPHIM VI	78, 79
TYSABRI	75
TYVASO	86
U	
UBRELVY	29
UDENYCA	156
UDENYCA AUTOINJECTOR	156
ULTICARE	145, 146
ULTICARE INSULIN SYRINGE	145
ULTICARE INSULIN	
SYR(HALF UNIT)	145
ULTICARE PEN NEEDLE	146
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE	146
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR	146, 147
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE	146, 147
ULTILET ALCOHOL SWAB	61
ULTILET INSULIN SYRINGE	132, 147
ULTILET PEN NEEDLE	147
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)	131, 140, 145
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	126, 131, 147
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)	147
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	148
ULTRA FLO PEN NEEDLE	148
ULTRA THIN PEN NEEDLE	148
ULTRACARE INSULIN SYRINGE	148
ULTRACARE PEN NEEDLE	148, 149

ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR	149
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL	149
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES	149
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE	149
UNIFINE PEN NEEDLE ...	149
UNIFINE PENTIPS...137, 149, 150	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	150
UNIFINE PENTIPS PLUS	150
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	150
UNIFINE SAFECONTROL	150
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	150
UPTRAVI.....86	
ursodiol.....64	
UZEDY .....36	
V	
valacyclovir .....	118
VALCHLOR .....	61
valganciclovir.....118	
valproate sodium .....	107
valproic acid.....107	
valproic acid (as sodium salt)	107
valsartan.....43	
valsartan-hydrochlorothiazide	43
VALTOCO.....107	
vancomycin.....93	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE	150
VANISHPOINT SYRINGE	150, 151
VAQTA (PF) .....	79
varenicline.....22	
VARIVAX (PF).....79	
VASCEPA .....	45
VEGZELMA .....	20
VEKLURY .....	118
VELCADE .....	20
velvet triphasic regimen (28)	103
VELPHORO.....65	
VELTASSA .....	64
VEMLIDY .....	116
VENCLEXTA .....	20
VENCLEXTA STARTING PACK	20
venlafaxine.....109, 110	
venlafaxine besylate.....109	
verapamil.....41	
VERIFINE INSULIN SYRINGE	151
VERIFINE PEN NEEDLE	151
VERSACLOZ.....36	
VERSALON.....151	
VERZENIO.....20	
vestura (28).....103	
V-GO 20 .....	151
V-GO 30 .....	151
V-GO 40 .....	151
vicodin hp .....	90
VICTOZA.....26	
vienna .....	103
vigabatrin.....107	
vigadronerelaxant .....	107
VIIBRYD .....	110
vilazodone.....110	
VIMIZIM.....158	
vinate care .....	160
vinblastine .....	20
vincasar pfs.....20	
vincristine .....	20
vinorelbine.....20	
viorele (28).....103	
VIRACEPT .....	116
VIREAD .....	116
virt-c dha.....160	
virt-nate dha.....160	
virt-pn dha .....	160
virt-pn plus.....160	
VISTOGARD.....85	
vitafol gummies .....	160
vitafol nano.....160	
vitafol-ob+dha.....160	
VITRAKVI.....20	
VIZIMPRO.....20	
VOCABRIA .....	116
volnea (28).....103	
VONJO .....	20
voriconazole.....111, 112	
VOSEVI .....	116
VOTRIENT .....	20
VOWST .....	85
vp-ch-pnv.....160	
vp-pnv-dha .....	160
VPRI.....158	
VRAYLAR .....	36
VUMERITY .....	53
vyfemla (28).....103	
vylibra.....103	
VYZULTA .....	80
W	
warfarin.....154	
WEBCOL.....61	
WELIREG.....20	
wera (28).....103	
X	
XADAGO .....	32
XALKORI.....21	
XARELTO .....	155
XARELTO DVT-PE TREAT 3D START.....154	
XATMEP.....21	
XCOPRI.....107	
XCOPRI MAINTENANCE PACK .....	107
XCOPRI TITRATION PACK .....	107

XELJANZ .....	75	yuvafem.....	68	ZIRABEV .....	21
XELJANZ XR.....	76	<b>Z</b>		ZIRGAN .....	82
XERMELO .....	64	zafemy .....	103	ZOLADEX .....	21
XGEVA.....	49	zafirlukast.....	55	zoledronic acid .....	49
XHANCE .....	83	zaleplon .....	50	zoledronic acid-mannitol-	
XIFAXAN.....	93	zarah .....	103	water .....	49
XIGDUO XR .....	26	ZARXIO .....	156	ZOLINZA .....	21
XIIDRA.....	83	zatean-pn dha .....	160	zolmitriptan.....	29
XOFLUZA .....	117	zatean-pn plus.....	160	zolpidem .....	50
XOLAIR .....	54, 55	zebutal .....	90	ZONISADE.....	107
XOSPATA.....	21	<b>ZEGALOGUE</b>		zonisamide.....	107
XPOVIO.....	21	AUTOINJECTOR.....	85	zovia 1-35 (28) .....	103
XTAMPZA ER .....	90	<b>ZEGALOGUE SYRINGE</b> ....	85	ZTALMY .....	107
XTANDI .....	21	ZEJULA .....	21	ZTLIDO .....	91
xulane .....	103	ZELBORAF .....	21	zumandimine (28) .....	103
XULTOPHY 100/3.6.....	27	zenatane .....	61	ZYDELIG .....	21
XYOSTED.....	66	ZENPEP .....	158	ZYKADIA.....	21
XYREM.....	50	zidovudine .....	116	ZYLET.....	82
<b>Y</b>		ZIEXTENZO.....	156	ZYNLONTA.....	21
YERVOY .....	21	zingiber .....	160	ZYNYZ .....	21
YF-VAX (PF).....	79	ziprasidone hcl .....	36	ZYPREXA RELPREVV.....	37
YONSA.....	21	ziprasidone mesylate .....	36		

Este formulario se actualizó el 07/24/2023. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con el departamento de Servicios al Miembro de Leon Health, Inc. al (844)969-5366, Número Local: (305)541-5366. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), 8 a.m. a 8 p.m. EST, siete días a la semana desde 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo y Lunes a Viernes el resto del año, o visite [www.leonhealth.com](http://www.leonhealth.com). Leon Health es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. Inscribirse en Leon Health, Inc. depende de que se renueve el contrato.

