



Formulario

(Lista de medicamentos cubiertos)

2023

Enero 1 - Diciembre 31

Leon MediDual



Este formulario se actualizó el 02/21/2023. 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. 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 su 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 por 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 9

Este formulario se actualizó el 02/21/2023. 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.

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 03/01/2023. 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 médicamente 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

discontinuarémos 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 tomándolos. 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 marzo 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.

¿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 158. 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 enviemos 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).

Lista de medicamentos de venta libre (OTC)
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 158.

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 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.
- 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.
- 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

Agentes Anti Cáncer	11
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	21
Agentes Antiansiedad	22
Agentes Antidemencia	23
Agentes Antidiabetico	23
Agentes Antigota	27
Agentes Antimigraña	27
Agentes Antinausea	28
Agentes Antiparasitarios	29
Agentes Antiparkinson	30
Agentes Antipsicóticos	31
Agentes Calóricos	35
Agentes Cardiovasculares	37
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	46
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	47
Agentes De Trastorno De Sueño	48
Agentes Del Sistema Nervioso Central	49
Agentes Del Tracto Respiratorio	52
Agentes Dentales Y Orales	56
Agentes Dermatológicos	56
Agentes Gastrointestinales	61
Agentes Genitourinarios	64
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	65
Agentes Inmunológicos	69
Agentes Oftálmicos	78
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	79
Agentes Terapeuticos Misceláneos	82

Agentes Vasodilatadores	84
Analgésicos	85
Anestésicos	89
Antagonistas De Metales Pesados	90
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	90
Antibacterianos	90
Anticonceptivos	96
Anticonvulsivos	102
Antidepresivos	106
Antifúngicos	108
Antihistamínicos	110
Antimicobacteriales	111
Antivirales (Sitémico)	111
Dispositivos	116
Preparaciones De Reemplazo	148
Productos Para La Tos Y Resfriado	150
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen	150
Reemplazo/Modificadores De Enzima	153
Relajantes Musculares Esqueléticos	155
Vitaminas Y Minerales	155

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<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</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
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
BOORTEZOMIB 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)
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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG	3	PA BvD; ST; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 50 mg</i>	3	PA BvD; ST; NDS
<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
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	4	PA BvD; NDS

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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 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>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	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
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>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg</i>	1	PA BvD; HI

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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, 560 MG	4	PA NSO; 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)
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)
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 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)
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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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
LYTGOBI ORAL TABLET 4 MG	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 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	
<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
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO; HI; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	4	NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	4	PA NSO; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	4	PA NSO; LA; NDS

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO; NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	4	PA NSO; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	4	PA NSO; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	4	PA NSO; NDS
<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
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium 1 gm/40 ml sub, p/f 25 mg/ml</i>	4	HI; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg</i>	4	HI; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	4	NDS
<i>pemetrexed intravenous recon soln 1 gram, 100 mg, 500 mg</i>	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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
RYBREVENT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	4	PA NSO; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	4	PA NSO; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	4	NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	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)
<i>sunitinib 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)
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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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 200 MG	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	4	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	4	PA NSO; NDS
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i>	1	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	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)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	1	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	1	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
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)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i>	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
FARXIGA 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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i>	1	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (90 per 30 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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	2	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	2	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)
Insulinas		
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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	2	QL (40 per 28 days)
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)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<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	
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<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)
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	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	
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5 ML	2	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	2	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine 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)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	2	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	2	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	2	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	1	QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	2	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg/actuation</i>	1	QL (18 per 30 days)
<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)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
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
<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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

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 100 mcg/ml</i>	1	
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 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>promethazine 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)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	3	NDS
<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	
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

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)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	4	NDS; QL (1 per 28 days)
ABILIFY 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	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

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</i>	1	QL (270 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	1	QL (135 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

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	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	4	NDS; QL (3.5 per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	4	NDS; QL (5 per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	4	NDS; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	4	NDS; QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	4	NDS; QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	2	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	4	NDS; QL (0.5 per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	4	NDS; QL (0.88 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	4	NDS; QL (1.32 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	4	NDS; QL (1.75 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	4	NDS; QL (2.63 per 84 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	2	QL (30 per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	2	QL (60 per 30 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

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	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<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, 50 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
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	QL (480 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 3 mg, 4 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
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	
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	QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	1	QL (6 per 28 days)
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)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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 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
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr</i>	1	QL (4 per 28 days)
<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	
Agentes Antiarrítmicos		
<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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	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	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1	
<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 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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	1	HI
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml</i>	1	HI
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	3	NDS
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
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)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	
<i>digoxin 250 mcg tablet 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	1	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	1	
<i>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>metirosine 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)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML	3	NDS; QL (4 per 30 days)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antagonistas De Receptores De Angiotensina II		
<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	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	2	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	2	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG	2	QL (180 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG	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>olmesartan-amlodipin-hctiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1	
<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	
Dihidropiridinas		
<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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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-hcthiiazid 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	
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML	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	
Dislipidémicos		
<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)
<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	
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 160 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	
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG	4	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	2	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	2	QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	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)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	2	QL (2 per 28 days)
<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	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	2	QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	2	QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM	1	QL (240 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM	1	QL (120 per 30 days)
Diuréticos		
<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	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	4	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM)	4	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
<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>torseamide 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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<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	
<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	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML	3	ST; NDS; QL (600 per 30 days)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	2	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
BIDIL ORAL TABLET 20-37.5 MG	2	
<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	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<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
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	3	NDS
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACTUATION	2	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	1	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 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	
EVENITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 105 MG/1.17 ML, 210MG/2.34ML (105MG/1.17MLX2)	4	PA; NDS; QL (2.34 per 30 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML)	2	PA; 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)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	4	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>pamidronate intravenous recon soln 30 mg, 90 mg</i>	1	HI
<i>pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)</i>	1	HI
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<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)
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG	4	PA; NDS; 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)
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	QL (120 per 30 days)
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)
<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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	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	
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG	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	QL (30 per 30 days)
INGREZZA INITIATION PACK ORAL CAPSULE, DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	4	PA; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	4	PA; NDS; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG	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)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<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
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	1	PA BvD
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	4	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
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 25 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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 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
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	4	PA; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
Antileucotrinicos		
<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	
Broncodilatadores		
<i>albuterol 5 mg/ml solution</i>	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	1	
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	2	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	3	NDS; QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	2	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	2	QL (8 per 30 days)
<i>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)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	3	NDS; QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	2	QL (30 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 28 days)
<i>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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
<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	
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<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	
<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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>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>procto-pak topical cream with perineal applicator 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	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	4	NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	1	
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	1	
Antibacterianos Dermatológicos		
<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
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	1	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	1	
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i>	1	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	3	PA; NDS
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	1	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	3	NDS

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	1	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	1	
<i>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	
<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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<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	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	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	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	2	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM	2	QL (34 per 30 days)
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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	1	
<i>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
<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	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM -12 GRAM/160 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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<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
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	1	
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 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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<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	
Andrógenos		
<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)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	2	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	1	
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	1	QL (8 per 28 days)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	2	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	1	QL (8 per 28 days)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	1	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	1	
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	3	NDS; QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	1	
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	1	
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	1	QL (8 per 28 days)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	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	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	1	
<i>yuvaferm vaginal tablet 10 mcg</i>	1	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
HEMADY ORAL TABLET 20 MG	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
<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	
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	4	PA; NDS; QL (35 per 28 days)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 FLEXPOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	4	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	1	
<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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	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
Progestinas		
<i>hydroxyprogesterone cap(ppres) 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	
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	1	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	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
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD
<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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 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
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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	4	PA; NDS
Vacunas		
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
DENGVAIXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	2	QL (3 per 365 days)
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	2	PA BvD
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	2	PA BvD
ENGRIX-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	
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	
IPOLE INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	2	
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	2	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
PREHEVBRIO (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	
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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	2	PA BvD
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	2	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	2	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	2	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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	1	
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	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	
RHOPRESSA 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	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<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	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	2	ST; QL (10 per 25 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	1	
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	2	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	1	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	1	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	3	NDS
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i>	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)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	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)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i>	1	QL (10 per 13 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	1	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i>	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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>alcaine 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)
<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
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	4	PA; NDS
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	4	PA; NDS

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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 HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	2	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 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	
<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
<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
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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 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)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	2	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	2	
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	4	PA; 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 (90 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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
<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)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	1	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	1	PA; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i>	4	PA; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir, delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	1	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i>	1	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	1	
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>ketoprofen oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	1	
<i>ketorolac injection cartridge 15 mg/ml</i>	1	QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection solution 15 mg/ml</i>	1	QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml, 30 mg/ml (1 ml)</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac injection syringe 15 mg/ml</i>	1	QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection syringe 30 mg/ml</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg, 500 mg</i>	1	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	
<i>tolmetin oral capsule 400 mg</i>	1	
<i>tolmetin oral tablet 200 mg, 600 mg</i>	1	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ascomp with codeine oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i>	1	
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	1	
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg, 50-325-40-30 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<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-bitalbital-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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	3	NDS; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	3	NDS; QL (120 per 30 days)
<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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	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)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG	2	QL (60 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG	2	QL (120 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG	2	QL (240 per 30 days)
<i>zebutal oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<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 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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 1.8 %	2	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	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
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET 1,000 MG	4	PA; NDS
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	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)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<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	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<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
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	4	NDS; QL (224 per 28 days)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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
Antibacteriales, Misceláneos		
<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
<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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<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
Cefalosporinas		
<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>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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
CEFTAZIDIME 2 GM PIGGYBACK 2 GRAM/50 ML	1	HI
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 6 gram</i>	1	HI
CEFTAZIDIME INJECTION RECON SOLN 2 GRAM	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
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	4	HI; NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i>	1	HI
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	HI
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i>	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
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>naftillin 1 gm/ 50 ml inj 1 gram/50 ml</i>	1	HI
<i>naftillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	HI
<i>naftillin injection recon soln 10 gram</i>	4	HI; NDS
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i>	1	HI
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit</i>	1	HI
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	1	HI
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	HI
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	HI
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	1	HI
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	1	HI
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>	1	HI
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i>	1	HI
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>monodoxyne nl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>monodoxyne nl oral capsule 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i>	4	HI; NDS
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	1	
<i>amethia oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>ashlyna oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>caziant (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>	1	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	1	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	1	
<i>daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	1	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
ELLA ORAL TABLET 30 MG	3	NDS; QL (6 per 365 days)
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	1	QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	1	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	1	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>kelnor 1-50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	1	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>l norgest/e.estradiol-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)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	1	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	
<i>lutra (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	1	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>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)</i>	1	
<i>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</i>	1	
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	1	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg, 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>simpesse oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	1	QL (91 per 84 days)
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28)	3	NDS
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	1	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	1	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	1	
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>vienva 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	
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
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	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	3	NDS
<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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
<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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	3	NDS; QL (10 per 30 days)
<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 250 mg, 50 mg</i>	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	4	NDS

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	4	NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA BvD; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	3	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	3	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	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	
<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>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i>	4	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML	2	QL (200 per 5 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)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<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	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (600 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	3	ST; NDS; QL (60 per 30 days)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	3	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	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)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	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)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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)
<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)
VIIBRYD 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)
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	3	PA BvD; NDS
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4	PA BvD; NDS
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	1	PA BvD

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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
<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	
NOXAFIL INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/16.7 ML	4	HI; NDS

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG	4	PA; NDS
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML)	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 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
<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	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<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>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	1	
<i>cyproheptadine 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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	1	
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	3	NDS; QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	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	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	4	PA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	3	NDS
Antivirales (Sitémico)		
Antirretrovirales		
<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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	4	NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	1	
<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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
Antivirales, Varios		
<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)
PAXLOVID (EUA) 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)
Interferones		
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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<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
<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
Dispositivos		
Dispositivos		
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 PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
1ST TIER UNIFINE PNTD 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTD 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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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 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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	1	
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 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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	1	
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 PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
PEN NEEDLE 30G X 8MM 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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE CMFRT 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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 COMFORT 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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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 SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	1	
ULTIGUARD SAFEPK 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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	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 X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	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	
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		
<i>calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)</i>	1	HI
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	1	HI
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	1	HI

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

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	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

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
Productos Para La Tos Y Resfriado		
Productos Para La Tos Y Resfriado		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	5	GC; EX
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA; NDS
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	3	NDS
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION 189 MG/ML	4	PA; NDS
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG	3	PA; NDS
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	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	
Anticoagulantes		
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	2	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	2	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	2	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	1	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i>	1	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	4	NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	4	NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	4	NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	1	HI
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	1	HI
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	1	HI
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml</i>	1	HI
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)-20 MG (9)	2	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	2	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	2	QL (30 per 30 days)

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	2	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	1	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)
Modificadores De Formación De Sangre		
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
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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 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
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000-105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT	2	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg</i>	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>revonto intravenous recon soln 20 mg</i>	1	HI
<i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	1	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	1	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	1	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution</i>	5	GC; EX
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i>	5	GC; EX
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	5	GC; EX
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	1	
<i>hemenatal ob + dha oral combo pack 28 mg iron-6 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	1	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	1	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	1	
<i>o-cal prenatal tablet 15 mg iron- 1,000 mcg</i>	1	
<i>pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	1	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	1	
<i>pnv-vp-u oral capsule 106.5-1 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg - 430 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	1	
<i>prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i>	1	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	1	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	1	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	1	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	1	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	1	
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg</i>	1	
<i>purefe ob plus capsule 106 mg iron- 1 mg</i>	1	

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

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

02/21/2023

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento (Página 8)

ÍNDICE

1		
1ST TIER UNIFINE		
PENTIPS.....	116	
1ST TIER UNIFINE		
PENTIPS PLUS.....	116, 117	
A		
abacavir.....	111	
abacavir-lamivudine	111	
abacavir-lamivudine-		
zidovudine.....	111	
ABELCET.....	108	
ABILIFY MAINTENA	31	
abiraterone.....	11	
ABOUTTIME PEN NEEDLE		
.....	117	
ABRAXANE	11	
acamprosate.....	21	
acarbose	23	
accutane.....	58	
acebutolol.....	38	
acetaminophen-codeine	86	
acetazolamide	78	
acetazolamide sodium	78	
acetic acid	79	
acetylcysteine.....	52	
acitretin.....	58	
ACTEMRA	69, 70	
ACTEMRA ACTPEN.....	69	
ACTHAR	67	
ACTHIB (PF)	74	
ACTIMMUNE.....	82	
acyclovir	58, 116	
acyclovir sodium	116	
ADACEL(TDAP		
ADOLESN/ADULT)(PF) .	74	
ADAKVEO	150	
adapalene	60	
adefovir.....	116	
ADEMPAS	84	
adrucil	11	
ADVAIR DISKUS	53	
ADVAIR HFA.....	53	
ADVOCATE PEN NEEDLE		
.....	117	
ADVOCATE SYRINGES ..	117	
afirmelle.....	96	
AJOVY AUTOINJECTOR...	27	
AJOVY SYRINGE.....	27	
AKYNZEO		
(FOSNETUPITANT).....	28	
AKYNZEO (NETUPITANT)	28	
ala-cort.....	56	
ala-scalp.....	56	
albendazole	29	
albuterol sulfate.....	54, 55	
alcaine	82	
alclometasone	56	
ALCOHOL PADS.....	58	
ALCOHOL PREP PADS.....	59	
ALCOHOL PREP SWABS ..	59	
ALCOHOL SWABS	58	
ALCOHOL WIPES.....	59	
ALDURAZYME.....	153	
ALECENSA.....	11	
alendronate.....	47	
alfuzosin	64	
ALIMTA.....	11	
aliskiren	45	
allopurinol.....	27	
alosetron.....	46	
ALPHAGAN P	78	
alprazolam	22	
ALREX.....	80	
altavera (28).....	96	
ALTRENO	60	
ALUNBRIG.....	11	
alyacen 1/35 (28).....	96	
alyacen 7/7/7 (28).....	96	
alyq.....	84	
amabelz	65	
amantadine hcl.....	30	
AMBISOME.....	108	
ambrisentan	84	
amethia.....	96	
amiloride.....	44	
amiloride-hydrochlorothiazide		
.....	44	
AMINOSYN-PF 7 %		
(SULFITE-FREE).....	35	
amiodarone	37	
amitriptyline.....	106	
amitriptyline-chlordiazepoxide		
.....	106	
amlodipine.....	41	
amlodipine-atorvastatin.....	42	
amlodipine-benazepril	41	
amlodipine-olmesartan.....	42	
amlodipine-valsartan	42	
amlodipine-valsartan-		
hcthiacid	42	
ammonium lactate	59	
amoxapine.....	106	
amoxicil-clarithromy-		
lansopraz.....	61	
amoxicillin.....	94	
amoxicillin-pot clavulanate ..	94	
amphotericin b.....	108	
amphotericin b liposome...	109	
ampicillin.....	94	
ampicillin sodium.....	94	
ampicillin-sulbactam	94	

anagrelide	150	aurovela fe 1-20 (28).....	96	BD SAFETYGLIDE INSULIN	
anastrozole	11	AUSTEDO.....	49	SYRINGE	119
ANORO ELLIPTA.....	55	AUVELITY.....	106	BD SAFETYGLIDE NEEDLE	
apomorphine	30	aviane	97	.....	119
apraclonidine	82	AVONEX	49	BD SAFETYGLIDE	
aprepitant.....	28	AVSOLA.....	70	SYRINGE	119
APRETUDE	111	ayuna	97	BD ULTRA-FINE MICRO	
apri	96	AYVAKIT	11	PEN NEEDLE.....	119
APTIOM.....	102	azacitidine	11	BD ULTRA-FINE MINI PEN	
APTIVUS.....	111	azathioprine	70	NEEDLE	119
aranelle (28)	96	azathioprine sodium	70	BD ULTRA-FINE NANO PEN	
ARCALYST.....	70	azelastine	82	NEEDLE	119
aripiprazole	31, 32	azithromycin.....	93	BD ULTRA-FINE ORIG PEN	
ARISTADA.....	32	AZOPT.....	78	NEEDLE	119
ARISTADA INITIO	32	aztreonam	92	BD ULTRA-FINE SHORT	
armodafinil	48	azurette (28)	97	PEN NEEDLE.....	119
ARNUITY ELLIPTA	53	B		BD VEO INSULIN SYR	
ascomp with codeine	87	bacitracin.....	79, 91	(HALF UNIT).....	119
asenapine maleate	32	bacitracin-polymyxin b	79	BD VEO INSULIN SYRINGE	
ashlyna	96	baclofen.....	155	UF	119
aspirin-dipyridamole	152	bal-care dha.....	155	BELSOMRA.....	48
ASSURE ID DUO-SHIELD		bal-care dha essential.....	155	benazepril.....	45
.....	117, 118	balsalazide	46	benazepril-	
ASSURE ID INSULIN		BALVERSA.....	11	hydrochlorothiazide	45
SAFETY	118	balziva (28).....	97	bendamustine	11
ASSURE ID PEN NEEDLE		BCG VACCINE, LIVE (PF).75		BENDEKA.....	11
.....	118	BD ALCOHOL SWABS.....	59	BENLYSTA	70
atazanavir	111	BD AUTOSHIELD DUO PEN		benzonatate	150
atenolol.....	38	NEEDLE	118	benztropine	30
atenolol-chlorthalidone.....	38	BD ECLIPSE LUER-LOK .	118	bepotastine besilate	82
atomoxetine	49	BD INSULIN SYRINGE	118	BESREMI	70
atorvastatin	42	BD INSULIN SYRINGE		betaine	82
atovaquone	29	(HALF UNIT).....	118	betamethasone acet,sod	
atovaquone-proguanil	29	BD INSULIN SYRINGE SLIP		phos	66
atropine	82	TIP.....	118	betamethasone dipropionate	
ATROVENT HFA.....	55	BD INSULIN SYRINGE U-		.....	56
AUBAGIO.....	49	500	118	betamethasone valerate	56
aubra eq.....	96	BD INSULIN SYRINGE		betamethasone, augmented	
aurovela 1.5/30 (21).....	96	ULTRA-FINE	118	.....	56, 57
aurovela 1/20 (21)	96	BD NANO 2ND GEN PEN		BETASERON	49
aurovela 24 fe	96	NEEDLE	118	betaxolol	38, 78
aurovela fe 1.5/30 (28).....	96			bethanechol chloride	64

bexarotene.....	11	butalbital-acetaminop-caf-cod	87	CARETOUCH INSULIN	
BEXSERO	75	.....	87	SYRINGE	120, 121
bicalutamide	11	butalbital-acetaminophen ...	87	CARETOUCH PEN NEEDLE	
BICILLIN L-A	94	butalbital-acetaminophen-caff	87	.....	120
BIDIL	46	.....	87	carglumic acid.....	62
BIKTARVY	111	butalbital-aspirin-caffeine ...	87	CAROSPIR	45
bimatoprost.....	78	butorphanol.....	87	carteolol	78
bisoprolol fumarate.....	38	C		cartia xt	39
bisoprolol-		CABENUVA.....	111	carvedilol	38
hydrochlorothiazide	38	cabergoline	30	casprofungin.....	109
bleomycin.....	11	CABLIVI.....	150	CAYSTON.....	92
bleph-10	79	CABOMETYX.....	11	caziant (28)	97
blisovi 24 fe.....	97	cabotegravir	111	cefaclor	92
blisovi fe 1.5/30 (28).....	97	caffeine citrate	49	cefadroxil	92
blisovi fe 1/20 (28)	97	calcipotriene.....	59	cefazolin	92
BOOSTRIX TDAP	75	calcitonin (salmon).....	47	cefazolin in dextrose (iso-os)	
BORDERED GAUZE	119	calcitriol.....	47	.....	92
bortezomib	11	calcium acetate(phosphat		cefdinir	92
BORTEZOMIB	11	bind).....	63	cefepime.....	92
BOSULIF.....	11	calcium chloride	148	cefixime	92
BRAFTOVI.....	11	CALQUENCE	12	cefotaxime.....	93
BREO ELLIPTA	54	CALQUENCE		cefoxitin	93
BREZTRI AEROSPHERE..	55	(ACALABRUTINIB MAL) 12		cefpodoxime	93
briellyn	97	camila	97	cefprozil	93
BRILINTA.....	152	candesartan	41	ceftazidime.....	93
brimonidine	78	candesartan-		CEFTAZIDIME	93
brimonidine-timolol	78	hydrochlorothiazid	41	CEFTAZIDIME IN D5W	93
BRIVIACT	102	CAPLYTA.....	32	ceftriaxone.....	93
bromfenac.....	80	CAPRELSA.....	12	cefuroxime axetil.....	93
bromocriptine.....	30	captopril.....	45	cefuroxime sodium.....	93
BROMSITE	80	captopril-hydrochlorothiazide		celecoxib	85
BRUKINSA	11	.....	45	CELONTIN.....	102
budesonide	46, 54	carbamazepine.....	102	cephalexin	93
bumetanide.....	44	carbidopa	30	CERDELGA	153
buprenorphine	87	carbidopa-levodopa.....	30	CEREZYME.....	153
buprenorphine hcl.....	21, 87	carbidopa-levodopa-		cevimeline	56
buprenorphine-naloxone	21	entacapone	30	chateal eq (28)	97
bupropion hcl.....	106	carbinoxamine maleate.....	110	chloramphenicol sod	
bupropion hcl (smoking		carboplatin	12	succinate	91
deter)	21	CAREFINE PEN NEEDLE	120	chlordiazepoxide hcl.....	22
buspirone	83	CARETOUCH ALCOHOL		chlorhexidine gluconate	56
		PREP PAD.....	59	chloroquine phosphate.....	29

chlorothiazide sodium	44	CLINIMIX 4.25%/D10W		codeine-butalbital-asa-caff .87	
chlorpromazine	32	SULF FREE	36	colchicine.....	27
chlorthalidone	44	CLINIMIX 4.25%/D5W		colesevelam.....	42
chlorzoxazone	155	SULFIT FREE	36	colestipol	42
cholestyramine (with sugar)		CLINIMIX 5%-		colistin (colistimethate na) ..	91
.....	42	D20W(SULFITE-FREE) ..	36	COMBIVENT RESPIMAT...55	
cholestyramine light	42	CLINIMIX 6%-D5W		COMETRIQ.....	12
ciclopirox	109	(SULFITE-FREE).....	36	COMFORT EZ INSULIN	
cidofovir	116	CLINIMIX 8%-		SYRINGE	121, 122
cilostazol	152	D10W(SULFITE-FREE) ..	36	COMFORT EZ PEN	
CIMDUO.....	111	CLINIMIX 8%-		NEEDLES	121, 122
cimetidine.....	61	D14W(SULFITE-FREE) ..	36	COMFORT TOUCH PEN	
cimetidine hcl.....	61	CLINIMIX E 2.75%/D5W		NEEDLE	122, 123
CIMZIA	70	SULF FREE	36	COMPLERA.....	111
CIMZIA POWDER FOR		CLINIMIX E 4.25%/D10W		completenate	155
RECONST	70	SUL FREE	36	compro.....	28
cinacalcet.....	47	CLINIMIX E 4.25%/D5W		constulose	62
CINQAIR	52	SULF FREE	36	COPAXONE	49
CINRYZE	152	CLINIMIX E 5%/D15W		COPIKTRA.....	12
ciprofloxacin.....	95	SULFIT FREE	36	CORLANOR	40
ciprofloxacin hcl	79, 95	CLINIMIX E 5%/D20W		CORTROPHIN GEL	68
ciprofloxacin in 5 % dextrose		SULFIT FREE	36	COSENTYX	70
.....	95	CLINIMIX E 8%-D10W		COSENTYX (2 SYRINGES)	
ciprofloxacin-dexamethasone		SULFITEFREE.....	36	.....	70
.....	79	CLINIMIX E 8%-D14W		COSENTYX PEN (2 PENS)	
citalopram	106	SULFITEFREE.....	36	.....	70
cladribine.....	12	clobazam.....	102	COTELLIC.....	12
clarithromycin	93	clobetasol	57	CREON.....	154
clemastine.....	110	clobetasol-emollient.....	57	cromolyn.....	52, 62, 82
CLENPIQ	63	clomipramine	106	cryselle (28)	97
CLICKFINE PEN NEEDLE		clonazepam	22	CURAD GAUZE PAD.....	123
.....	121	clonidine	37	CURITY ALCOHOL SWABS	
clindamycin hcl.....	91	clonidine hcl.....	37, 49	.....	59
clindamycin in 5 % dextrose		clopidogrel.....	152	CURITY GAUZE	123
.....	91	clorazepate dipotassium.....	22	cyanocobalamin (vitamin b-	
clindamycin pediatric.....	91	clotrimazole.....	109	12)	155
clindamycin phosphate 60, 90,		clotrimazole-betamethasone		cyclafem 1/35 (28)	97
91		.....	109	cyclafem 7/7/7 (28)	97
clindamycin-benzoyl peroxide		clozapine	32	cyclobenzaprine	155
.....	60	c-nate dha	155	cyclopentolate.....	82
CLINIMIX 5%/D15W		COARTEM.....	30	cyclophosphamide	12
SULFITE FREE.....	35	codeine sulfate	87	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	12

cyclosporine.....70
 cyclosporine modified70
 cyproheptadine110
 CYRAMZA12
 cyred eq97
 CYSTADROPS82
 CYSTARAN82
D
 d5 % and 0.9 % sodium
 chloride.....148
 d5 %-0.45 % sodium chloride
 148
 dalfampridine.....49
 danazol.....65
 dantrolene.....155
 DANYELZA.....12
 dapson111
 DAPTACEL (DTAP
 PEDIATRIC) (PF)75
 daptomycin91
 DARZALEX.....12
 DARZALEX FASPRO12
 dasetta 1/35 (28).....97
 dasetta 7/7/7 (28)97
 DAURISMO12
 daysee97
 debilitane.....97
 decitabine.....12
 deferasirox.....90
 deferiprone.....90
 deferoxamine.....90
 DELSTRIGO.....112
 demeclocycline95
 DENG VAXIA (PF).....75
 denta 5000 plus56
 dentagel56
 DERMACEA123
 DERMACEA NON-WOVEN
 123
 DESCOVY112
 desipramine106
 desmopressin68

desog-e.estradiol/e.estradiol
 97
 desogestrel-ethinyl estradiol
 97
 desonide.....57
 desoximetasone.....57
 desvenlafaxine succinate .106
 dexamethasone66
 dexamethasone sodium phos
 (pf).....66, 67
 dexamethasone sodium
 phosphate67, 80
 dexmethylphenidate49
 dexrazoxane hcl.....83
 dextroamphetamine sulfate 49
 dextroamphetamine-
 amphetamine.....49, 50
 dextrose 10 % in water
 (d10w).....36
 dextrose 5 % in water (d5w)
 37
 DIACOMIT102, 103
 diazepam.....22, 103
 diazepam intensol.....22
 diazoxide83
 diclofenac potassium.....85
 diclofenac sodium81, 85
 diclofenac-misoprostol85
 dicloxacillin.....94
 dicyclomine62
 didanosine.....112
 DIFICID.....94
 diflorasone57
 diflunisal85
 difluprednate.....81
 digitek40
 digox40
 digoxin40
 dihydroergotamine.....27
 DILANTIN.....103
 diltiazem hcl.....39
 dilt-xr39

dimenhydrinate.....28
 dimethyl fumarate50
 DIPENTUM46
 diphenhydramine hcl110
 diphenoxylate-atropine.....62
 dipyridamole152
 disopyramide phosphate.....37
 disulfiram21
 divalproex.....103
 docetaxel12
 dofetilide37
 donepezil23
 DOPTELET (10 TAB PACK)
 152
 DOPTELET (15 TAB PACK)
 152
 DOPTELET (30 TAB PACK)
 152
 dorzolamide78
 dorzolamide-timolol78
 dott65
 DOVATO112
 doxazosin37
 doxepin106
 doxercalciferol47
 doxorubicin.....12
 doxorubicin, peg-liposomal 12
 doxy-100.....95
 doxycycline hyclate.....95, 96
 doxycycline monohydrate ...96
 DRIZALMA SPRINKLE106,
 107
 dronabinol28
 droperidol28
 DROPLET INSULIN
 SYR(HALF UNIT).....123
 DROPLET INSULIN
 SYRINGE123, 124
 DROPLET MICRON PEN
 NEEDLE124
 DROPLET PEN NEEDLE.124

DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS.....	59	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	126, 127	enalapril-hydrochlorothiazide	45
DROPSAFE PEN NEEDLE	124	EASY TOUCH UNI-SLIP ..	128	ENBREL	71
drospirenone-ethinyl estradiol	97	ec-naproxen.....	85	ENBREL MINI.....	71
DROXIA.....	150	econazole.....	109	ENBREL SURECLICK	71
droxidopa	37	EDARBI	41	ENDARI	83
DUAVEE	65	EDARBYCLOR	41	endocet.....	87
duloxetine.....	107	EDURANT.....	112	ENERGIX-B (PF)	75
DUPIXENT PEN	70	efavirenz.....	112	ENERGIX-B PEDIATRIC (PF)	75
DUPIXENT SYRINGE	70	efavirenz-emtricitabin-tenofov	112	enoxaparin	151
dutasteride	64	efavirenz-lamivu-tenofov disop	112	enpresse.....	97
dutasteride-tamsulosin.....	64	EGRIFTA SV	68	enskyce	97
E		ELAPRASE.....	154	ENSPRYNG.....	50
EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....	59	ELIGARD	13	entacapone	30
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	125	ELIGARD (3 MONTH).....	13	ENTADFI	64
EASY COMFORT PEN NEEDLES	125	ELIGARD (4 MONTH).....	13	entecavir	116
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE.....	125, 126	ELIGARD (6 MONTH).....	13	ENTRESTO	41
EASY GLIDE PEN NEEDLE	126	elinest	97	enulose	62
EASY TOUCH.....	127	ELIQUIS	151	EPCLUSA	114
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS.....	59	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	150	EPIDIOLEX.....	103
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN	126, 127	ELITEK	154	epinastine.....	82
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE.....	126	elixophyllin	55	epinephrine	40
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR.....	126	ELLA	97	epitol.....	103
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.....	126, 127, 128	ELMIRON.....	83	EPIVIR HBV.....	112
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	127	eluryng.....	97	eplerenone	46
EASY TOUCH PEN NEEDLE	127	EMBRACE PEN NEEDLE	128	epoprostenol (glycine).....	84
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE.....	127, 128	EMCYT	13	EPRONTIA.....	103
		EMEND.....	28	eprosartan	41
		EMGALITY PEN	27	ERBITUX.....	13
		EMGALITY SYRINGE.....	27	ergocalciferol (vitamin d2)	155
		emoquette	97	ergoloid.....	23
		EMSAM	107	ERIVEDGE	13
		emtricitabine	112	ERLEADA	13
		emtricitabine-tenofovir (tdf)	112	erlotinib	13
		EMTRIVA	112	errin	98
		enalapril maleate	45	ertapenem	92
		enalaprilat.....	45	ery pads.....	60
				erythromycin	79, 94
				erythromycin ethylsuccinate	94
				erythromycin with ethanol...	60

erythromycin-benzoyl peroxide	60	famotidine.....	61	fluconazole in nacl (iso-osm)	109
ESBRIET.....	52	famotidine (pf)	61	flucytosine	109
escitalopram oxalate	107	famotidine (pf)-nacl (iso-os)	61	fludrocortisone.....	67
esomeprazole magnesium.....	61	FANAPT	32	flumazenil	50
esomeprazole sodium.....	61	FARXIGA	23	flunisolide	81
estarylla	98	FARYDAK.....	13	fluocinolone.....	57
estazolam.....	22	FASENRA.....	52	fluocinolone acetonide oil ...	81
estradiol.....	65, 66	FASENRA PEN.....	52	fluocinonide.....	57
estradiol valerate	66	febuxostat.....	27	fluocinonide-emollient	57
estradiol-norethindrone acet	66	felbamate	103	fluoride (sodium)	56
eszopiclone.....	48	felodipine.....	42	fluorometholone	81
ethambutol	111	FEMRING.....	66	fluorouracil.....	13, 59
ethosuximide	103	femynor.....	98	fluoxetine	107
ethynodiol diac-eth estradiol	98	fenofibrate	43	fluphenazine decanoate.....	32
etodolac.....	85	fenofibrate micronized.....	43	fluphenazine hcl	32, 33
etonogestrel-ethinyl estradiol	98	fenofibrate nanocrystallized	43	flurazepam	22
ETOPOPHOS.....	13	fenofibric acid (choline).....	43	flurbiprofen	85
etoposide	13	fenoprofen.....	85	flurbiprofen sodium	81
etravirine	112	fentanyl	87	flutamide.....	13
EUCRISA.....	57	fentanyl citrate	87	fluticasone propionate ...	57, 81
EVENITY.....	47	FERRIPROX.....	90	fluvastatin	43
everolimus (antineoplastic) 13		FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	90	fluvoxamine.....	107
everolimus (immunosuppressive).....	71	fesoterodine	64	folic acid.....	155
EVOTAZ.....	112	FETZIMA.....	107	folivane-ob.....	155
EVRYSDI	83	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	25	fomepizole.....	83
EXEL INSULIN.....	128	FIASP PENFILL U-100 INSULIN	25	fondaparinux.....	151
exemestane	13	FIASP U-100 INSULIN	25	FORTEO	47
EXKIVITY	13	finasteride.....	64	fosamprenavir.....	112
EXONDYS-51	83	fingolimod.....	50	fosaprepitant.....	29
EYSUVIS	81	FINTEPLA.....	103	foscarnet.....	115
EZALLOR SPRINKLE.....	42	FIRVANQ	91	fosinopril	45
ezetimibe.....	42	flavoxate	64	fosinopril-hydrochlorothiazide	45
ezetimibe-simvastatin	42	FLEBOGAMMA DIF	71	fosphenytoin	103
F		flecainide	38	FOTIVDA.....	13
FABRAZYME	154	FLOVENT DISKUS.....	54	FREESTYLE PRECISION	128, 129
falmina (28).....	98	FLOVENT HFA	54	FULPHILA.....	152
famciclovir	116	floxuridine.....	13	fulvestrant.....	13
		fluconazole.....	109	furosemide	44
				FUZEON.....	112

FYARRO	13	glipizide.....	26	heparin, porcine (pf)	151
fyavolv	66	glipizide-metformin	26, 27	HERCEPTIN HYLECTA	14
FYCOMPA	103	glyburide.....	27	HERZUMA	14
FYLNETRA.....	152	glyburide micronized	27	HETLIOZ	48
G		glyburide-metformin.....	27	HETLIOZ LQ.....	48
gabapentin	103	glycopyrrolate	62	HIBERIX (PF)	75
GALAFOLD	154	glydo	89	HUMIRA	72
galantamine	23	GLYXAMBI.....	23	HUMIRA PEN	71
GAMIFANT	71	granisetron (pf).....	29	HUMIRA PEN CROHNS-UC-	
GAMMAGARD LIQUID.....	71	granisetron hcl.....	29	HS START	71
GAMMAGARD S-D (IGA < 1		GRANIX.....	152	HUMIRA PEN PSOR-	
MCG/ML).....	71	griseofulvin microsize.....	109	UVEITS-ADOL HS.....	71
GAMMAPLEX	71	griseofulvin ultramicrosize	109	HUMIRA(CF)	72
GAMMAPLEX (WITH		guanfacine	37, 50	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS	
SORBITOL)	71	GVOKE.....	83	STARTER	72
GAMUNEX-C	71	GVOKE HYPOPEN 2-PACK		HUMIRA(CF) PEN	72
ganciclovir sodium	116	.....	83	HUMIRA(CF) PEN	
GARDASIL 9 (PF)	75	GVOKE PFS 1-PACK		CROHNS-UC-HS.....	72
gatifloxacin.....	79	SYRINGE.....	83	HUMIRA(CF) PEN	
GATTEX 30-VIAL	62	H		PEDIATRIC UC.....	72
GAUZE PAD.....	129	HAEGARDA.....	152	HUMIRA(CF) PEN PSOR-	
gavilyte-c.....	63	hailey.....	98	UV-ADOL HS.....	72
gavilyte-g.....	63	hailey 24 fe	98	HUMULIN R U-500 (CONC)	
gavilyte-n.....	64	hailey fe 1.5/30 (28).....	98	INSULIN	25
GAVRETO	13	hailey fe 1/20 (28).....	98	HUMULIN R U-500 (CONC)	
gemcitabine	13, 14	halobetasol propionate	57	KWIKPEN.....	25
gemfibrozil	43	haloette.....	98	hydralazine.....	40
generlac	62	haloperidol	33	hydrochlorothiazide	44
gengraf	71	haloperidol decanoate.....	33	hydrocodone-acetaminophen	
gentak.....	79	haloperidol lactate	33	.....	87, 88
gentamicin	60, 79, 90	HARVONI.....	115	hydrocodone-ibuprofen	88
gentamicin sulfate (ped) (pf)		HAVRIX (PF)	75	hydrocortisone....	46, 57, 58, 67
.....	90	HEALTHWISE INSULIN		hydrocortisone butyrate	57, 58
gentamicin sulfate (pf)	90	SYRINGE.....	129	hydrocortisone valerate	58
GENVOYA.....	112	HEALTHWISE PEN NEEDLE		hydrocortisone-acetic acid..	79
GILENYA	50	.....	129	hydromorphone	88
GILOTRIF	14	HEALTHY ACCENTS		hydromorphone (pf).....	88
GIVLAARI	150	UNIFINE PENTIP	129	hydroxychloroquine	30
glatiramer	50	heather	98	hydroxyprogesterone	
glatopa.....	50	HEMADY	67	cap(ppres).....	69
GLEOSTINE	14	hemenatal ob + dha	155	hydroxyurea	14
glimepiride	26	heparin (porcine).....	151	hydroxyzine hcl.....	110

hydroxyzine pamoate.....	83	INLYTA.....	14	isosorbide dinitrate.....	46
HYQVIA.....	72	INPEN (FOR HUMALOG)		isosorbide mononitrate.....	46
I		BLUE.....	130	isosorbide-hydralazine.....	46
ibandronate.....	47	INPEN (NOVOLOG OR		isradipine.....	42
IBRANCE.....	14	FIASP) BLUE.....	130	itraconazole.....	109
ibu.....	86	INQOVI.....	14	IV PREP WIPES.....	59
ibuprofen.....	86	INREBIC.....	14	ivermectin.....	30
ibuprofen-famotidine.....	86	INSULIN SYR/NDL U100		IXIARO (PF).....	75
icatibant.....	40	HALF MARK.....	130	J	
iclevia.....	98	INSULIN SYRINGE.....	119	jaimiess.....	98
ICLUSIG.....	14	INSULIN SYRINGE		JAKAFI.....	15
IDHIFA.....	14	MICROFINE.....	118	jantoven.....	151
ifosfamide.....	14	INSULIN SYRINGE		JARDIANCE.....	23
ILARIS (PF).....	72	NEEDLELESS.....	118	jasmiel (28).....	98
ILEVRO.....	81	INSULIN SYRINGE-NEEDLE		javygtor.....	154
ILUMYA.....	72	U-100.....	118, 120, 128, 130,	JEMPERLI.....	15
imatinib.....	14	131, 137, 140		jencycla.....	98
IMBRUVICA.....	14	INSUPEN.....	131	JENTADUETO.....	23
imipenem-cilastatin.....	92	INTELENCE.....	112	JENTADUETO XR.....	23
imipramine hcl.....	107	INTRALIPID.....	37	jinteli.....	66
imipramine pamoate.....	107	INTRON A.....	115	juleber.....	98
imiquimod.....	59	INVEGA HAFYERA.....	33	JULUCA.....	112
IMJUDO.....	14	INVEGA SUSTENNA.....	33	junel 1.5/30 (21).....	98
IMLYGIC.....	14	INVEGA TRINZA.....	33	junel 1/20 (21).....	98
IMOVAX RABIES VACCINE		INVELTYS.....	81	junel fe 1.5/30 (28).....	98
(PF).....	75	INVIRASE.....	112	junel fe 1/20 (28).....	98
IMPAVIDO.....	30	IPOL.....	75	junel fe 24.....	98
INBRIJA.....	30	ipratropium bromide.....	55, 82	JUXTAPID.....	43
incassia.....	98	ipratropium-albuterol.....	55	JYNARQUE.....	44
INCONTROL ALCOHOL		irbesartan.....	41	JYNNEOS	
PADS.....	59	irbesartan-		(PF)(STOCKPILE).....	76
INCONTROL PEN NEEDLE		hydrochlorothiazide.....	41	K	
.....	130	IRESSA.....	14	kalliga.....	98
INCRELEX.....	68	irinotecan.....	14	KALYDECO.....	52
indapamide.....	44	ISENTRESS.....	112	KANJINTI.....	15
indomethacin.....	86	ISENTRESS HD.....	112	KANUMA.....	154
INFANRIX (DTAP) (PF).....	75	isibloom.....	98	kariva (28).....	98
INFLECTRA.....	72	ISOLYTE S PH 7.4.....	149	KATERZIA.....	42
infiximab.....	72	ISOLYTE-P IN 5 %		kelnor 1/35 (28).....	98
INGREZZA.....	50	DEXTROSE.....	149	kelnor 1-50 (28).....	98
INGREZZA INITIATION		ISOLYTE-S.....	149	KERENDIA.....	46
PACK.....	50	isoniazid.....	111	KESIMPTA PEN.....	50

ketoconazole	109	larin fe 1/20 (28).....	99	lisinopril-hydrochlorothiazide	45
ketoprofen	86	larissia.....	99	LITE TOUCH INSULIN PEN	
ketorolac.....	81, 86	latanoprost	78	NEEDLES	131
KEVZARA	72	LATUDA	33	LITE TOUCH INSULIN	
KEYTRUDA	15	leflunomide.....	72	SYRINGE	131, 132
KIMMTRAK.....	15	lenalidomide	15	lithium carbonate.....	50
KINERET.....	72	LENVIMA	15	LIVALO	43
KINRIX (PF).....	76	lessina.....	99	lojaimiess.....	99
KISQALI	15	letrozole.....	15	LOKELMA	62
KISQALI FEMARA CO-PACK	15	leucovorin calcium	83	LONSURF	15
KLISYRI	59	LEUKERAN	15	loperamide	62
klor-con m10.....	149	LEUKINE.....	152	lopinavir-ritonavir.....	113
klor-con m15.....	149	leuprolide.....	15	lorazepam	22
klor-con m20.....	149	leuprolide (3 month)	15	lorazepam intensol.....	22
KLOXXADO.....	21	levetiracetam	104	LORBRENA.....	16
KORLYM.....	23	levobunolol.....	78	loryna (28).....	99
KOSELUGO	15	levocarnitine.....	83	losartan.....	41
kosher prenatal plus iron..	155	levocarnitine (with sugar)....	83	losartan-hydrochlorothiazide	41
KRAZATI.....	15	levocetirizine.....	110, 111	LOTEMAX.....	81
KRINTAFEL.....	30	levofloxacin	79, 82, 95	LOTEMAX SM.....	81
KRYSTEXXA.....	154	levofloxacin in d5w	95	loteprednol etabonate	81
kurvelo (28).....	98	levoleucovorin calcium.....	83	lovastatin	43
KYNMOBI	31	levonest (28).....	99	low-ogestrel (28)	99
L		levonorgestrel-ethinyl estrad	99	loxapine succinate	33
l norgest/e.estradiol-e.estrad	99	levonorg-eth estrad triphasic	99	lo-zumandimine (28).....	99
labetalol	38	levora-28	99	lubiprostone	62
lacosamide.....	103	levothyroxine	65	LUMAKRAS	16
lactulose	62	LEXIVA.....	113	LUMIGAN.....	78
lagevrio (eua)	116	lidocaine	89	LUNSUMIO	16
lamivudine.....	112, 113	lidocaine (pf).....	38, 89	LUPRON DEPOT.....	68
lamivudine-zidovudine	113	lidocaine hcl.....	89	LUPRON DEPOT (3	
lamotrigine	103, 104	lidocaine viscous.....	89	MONTH).....	16, 68
lanreotide	68	lidocaine-prilocaine.....	89	LUPRON DEPOT (4	
lansoprazole	61	lillow (28)	99	MONTH).....	16
lanthanum	63	linezolid.....	91	LUPRON DEPOT (6	
lapatinib.....	15	linezolid in dextrose 5%.....	91	MONTH).....	16
larin 1.5/30 (21).....	99	LINZESS	62	LUPRON DEPOT-PED	68
larin 1/20 (21)	99	liothyronine.....	65	LUPRON DEPOT-PED (3	
larin 24 fe	99	LISCO	131	MONTH).....	68
larin fe 1.5/30 (28)	99	lisinopril.....	45	lutera (28).....	99

LYBALVI.....	33	MAXICOMFORT INSULIN		methotrexate sodium (pf)....	16
lyleq.....	99	SYRINGE.....	132	methoxsalen	59
lyllana	66	MAXI-COMFORT INSULIN		methscopolamine.....	62
LYNPARZA.....	16	SYRINGE.....	132	methyldopa	37
LYSODREN.....	16	MAXI-COMFORT INSULIN		methylphenidate hcl	51
LYTGOBI.....	16	SYRINGE.....	132	methylprednisolone	67
lyza.....	99	MAXICOMFORT SAFETY		methylprednisolone acetate	
M		PEN NEEDLE.....	132, 133	.....	67
MAGELLAN INSULIN		MAYZENT.....	51	methylprednisolone sodium	
SAFETY SYRNG.....	132	MAYZENT STARTER(FOR		succ.....	67
MAGELLAN SYRINGE.....	132	1MG MAINT)	51	metoclopramide hcl	62
magnesium sulfate	149	MAYZENT STARTER(FOR		metolazone	44
magnesium sulfate in d5w	149	2MG MAINT)	51	metoprolol succinate	38
magnesium sulfate in water		meclizine	29	metoprolol ta-	
.....	149	medroxyprogesterone	69	hydrochlorothiaz.....	38
malathion	60	mefenamic acid	86	metoprolol tartrate.....	38, 39
maprotiline	107	mefloquine	30	metronidazole	60, 90, 91
maraviroc	113	megestrol	16, 69	metronidazole in nacl (iso-os)	
MARGENZA.....	16	MEKINIST	16	.....	91
marlissa (28).....	99	MEKTOVI.....	16	metyrosine.....	40
marnatal-f.....	155	meloxicam.....	86	mexiletine	38
MARPLAN.....	107	memantine	23	miconazole-3	109
MATULANE	16	MENACTRA (PF).....	76	MICRODOT INSULIN PEN	
matzim la.....	39	MENQUADFI (PF).....	76	NEEDLE	133
MAVENCLAD (10 TABLET		MENVEO A-C-Y-W-135-DIP		microgestin fe 1/20 (28).....	99
PACK).....	50	(PF)	76	midazolam.....	22
MAVENCLAD (4 TABLET		MEPSEVII	154	midodrine.....	37
PACK).....	50	mercaptopurine	16	miglitol.....	24
MAVENCLAD (5 TABLET		meropenem.....	92	miglustat	154
PACK).....	50	merzee.....	99	mili	99
MAVENCLAD (6 TABLET		mesalamine	46	mimvey	66
PACK).....	51	mesna.....	83	MINI ULTRA-THIN II	133
MAVENCLAD (7 TABLET		MESNEX.....	83	minitran.....	46
PACK).....	51	metadate er.....	51	minocycline	96
MAVENCLAD (8 TABLET		metformin	24	minoxidil.....	46
PACK).....	51	methadone	88	mirtazapine	107
MAVENCLAD (9 TABLET		methadose	88	misoprostol.....	61
PACK).....	51	methazolamide.....	78	MITIGARE.....	27
MAVYRET.....	115	methenamine hippurate	91	mitoxantrone	16
MAXICOMFORT II PEN		methimazole	65	M-M-R II (PF).....	76
NEEDLE.....	132	methocarbamol	155	m-natal plus	155
		methotrexate sodium.....	16	modafinil	48

moexipril.....	45	naratriptan.....	27	nitroglycerin.....	46
molindone	33, 34	NATACYN.....	79	niva-plus	156
mometasone.....	58, 81	nateglinide.....	24	NIVESTYM.....	153
mondoxyne nl.....	96	NATPARA.....	47	nizatidine	61
MONOJECT INSULIN		NAYZILAM.....	104	NORDITROPIN FLEXP	68
SAFETY SYRING.....	134	nebivolol.....	39	norethindrone (contra	
MONOJECT INSULIN		necon 0.5/35 (28).....	100	.....	100
SYRINGE.....	133, 134	nefazodone	107	norethindrone acetate	69
MONOJECT SYRINGE	133	neomycin.....	90	norethindrone ac-eth	
MONOJECT ULTRA		neomycin-bacitracin-poly-hc		estradiol.....	66, 100
COMFORT INSULIN.....	145	.....	79	norethindrone-e.estradiol-iron	
mono-lynyah	99	neomycin-bacitracin-		.....	100
montelukast	54	polymyxin	79	norgestimate-ethinyl estradiol	
morphine	88	neomycin-polymyxin b gu...60		.....	100
MORPHINE	88	neomycin-polymyxin b-		norlyda	100
morphine concentrate	88	dexameth	79	NORMOSOL-M IN 5 %	
MOVANTIK.....	62	neomycin-polymyxin-		DEXTROSE	149
moxifloxacin.....	79, 95	gramicidin.....	79	nortrel 0.5/35 (28)	100
MOZOBIL.....	152	neomycin-polymyxin-hc	80	nortrel 1/35 (21).....	100
MULTAQ	38	neo-polycin.....	80	nortrel 1/35 (28).....	100
mupirocin	60	neo-polycin hc	80	nortrel 7/7/7 (28).....	100
MVASI	16	NERLYNX	16	nortriptyline	107
mycophenolate mofetil.....	73	NEULASTA.....	152	NORVIR.....	113
mycophenolate mofetil (hcl)		NEULASTA ONPRO	152	NOVOFINE 30.....	134
.....	72	NEUPRO.....	31	NOVOFINE 32.....	134
mynatal.....	155	nevirapine.....	113	NOVOFINE PLUS.....	134
mynatal advance.....	155	newgen	156	NOVOLIN 70/30 U-100	
mynatal plus	156	NEXLETOL	43	INSULIN	25
mynatal-z.....	156	NEXLIZET	43	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	
mynate 90 plus.....	156	niacin.....	43	U-100	25
MYRBETRIQ	64	niacor	43	NOVOLIN N FLEXPEN.....	25
N		nicardipine.....	42	NOVOLIN N NPH U-100	
nabumetone.....	86	NICOTROL	21	INSULIN	25
nadolol.....	39	nifedipine.....	42	NOVOLIN R FLEXPEN.....	25
nafcillin	94	nikki (28).....	100	NOVOLIN R REGULAR U-	
nafcillin in dextrose iso-osm		nilutamide.....	16	100 INSULN.....	26
.....	94	NINLARO	16	NOVOLOG FLEXPEN U-100	
NAGLAZYME	154	nitazoxanide	30	INSULIN	26
naloxone.....	21	nitisinone	154	NOVOLOG MIX 70-30 U-100	
naltrexone	21	nitrofurantoin macrocrystal.91		INSULN	26
NAMZARIC	23	nitrofurantoin monohyd/m-		NOVOLOG MIX 70-	
naproxen	86	cryst.....	91	30FLEXPEN U-100	26

NOVOLOG PENFILL U-100
INSULIN26
NOVOLOG U-100 INSULIN
ASPART26
NOVOTWIST..... 134
NOXAFIL..... 109, 110
NPLATE 153
NUBEQA..... 16
NUCALA..... 52, 53
NULOJIX..... 73
NUPLAZID 34
NURTEC ODT..... 27
NUTRILIPID..... 37
nyamyc..... 110
nylia 1/35 (28) 100
nylia 7/7/7 (28) 100
nymyo 100
nystatin 110
nystatin-triamcinolone 110
nystop 110
NYVEPRIA..... 153
O
obstetrix dha 156
o-cal prenatal..... 156
OCALIVA 63
OCREVUS 51
OCTAGAM..... 73
octreotide acetate 68
ODEFSEY 113
ODOMZO 16
OFEV 53
ofloxacin 80
OGIVRI..... 17
olanzapine 34
olmesartan 41
olmesartan-amlodipin-
hcthiacid 41
olmesartan-
hydrochlorothiazide 41
olopatadine 82
OLUMIANT 73
omega-3 acid ethyl esters ..43

omeprazole61
omeprazole-sodium
bicarbonate61
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT
(GEN 5) 134
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN
5) 134
OMNIPOD CLASSIC PDM
KIT(GEN 3)..... 134
OMNIPOD CLASSIC PODS
(GEN 3) 134
OMNIPOD DASH INTRO KIT
(GEN 4) 134
OMNIPOD DASH PDM KIT
(GEN 4) 134
OMNIPOD DASH PODS
(GEN 4) 134
ondansetron.....29
ondansetron hcl29
ondansetron hcl (pf)29
ONGENTYS.....31
ONTRUZANT 17
ONUREG 17
OPDIVO 17
OPDUALAG..... 17
OPSUMIT84
oralone.....56
ORENCIA.....73
ORENCIA (WITH MALTOSE)
.....73
ORENCIA CLICKJECT73
ORFADIN 154
ORGOVYX.....68
ORILISSA.....68
ORKAMBI.....53
orsythia 100
oseltamivir 115
OSMOLEX ER.....31
OTEZLA 73
OTEZLA STARTER.....73
oxaliplatin 17
oxandrolone65

oxazepam.....22
oxcarbazepine104
OXLUMO83
oxybutynin chloride.....64
oxycodone.....88
oxycodone-acetaminophen 88
OXYCONTIN89
oxymorphone.....89
OZEMPIC.....24
P
pacerone38
paclitaxel17
paclitaxel protein-bound.....17
paliperidone34
PALYNZIQ 154
pamidronate.....47
PANRETIN.....59
pantoprazole62
paricalcitol47
paroex oral rinse56
paromomycin30
paroxetine hcl107
PAXLOVID (EUA)115
PEDIARIX (PF).....76
PEDVAX HIB (PF)76
PEGASYS.....115
peg-electrolyte soln64
PEMAZYRE 17
pemetrexed17
pemetrexed disodium.....17
PEN NEEDLE.....128, 135, 137
PEN NEEDLE, DIABETIC
.....122, 133, 135, 136
PEN NEEDLE, DIABETIC,
SAFETY.....137
penciclovir59
penicillamine90
penicillin g potassium94
penicillin g procaine94
penicillin v potassium95
PENTACEL (PF)76
pentamidine30

PENTIPS.....	135	polymyxin b sulfate.....	91	prenatal vitamin plus low iron	
pentoxifylline.....	152	polymyxin b sulf-trimethoprim		.....	156
perindopril erbumine.....	45	.....	80	prenatal-u.....	156
periogard.....	56	POMALYST.....	17	preplus.....	156
permethrin.....	60	portia 28.....	100	pretab.....	156
perphenazine.....	34	posaconazole.....	110	PRETOMANID.....	111
perphenazine-amitriptyline		potassium chloride.....	149	prevalite.....	43
.....	108	potassium chloride-0.45 %		PREVENT DROPSAFE PEN	
PERSERIS.....	34	nacl.....	150	NEEDLE.....	135
pfizerpen-g.....	95	potassium citrate.....	150	previfem.....	100
phenelzine.....	108	pr natal 400.....	156	PREVYMIS.....	115
phenobarbital.....	104	pr natal 400 ec.....	156	PREZCOBIX.....	113
phenylephrine hcl.....	37	pr natal 430.....	156	PREZISTA.....	113
phenytoin.....	104	pr natal 430 ec.....	156	PRIFTIN.....	111
phenytoin sodium.....	104	PRALUENT PEN.....	43	PRIMAQUINE.....	30
phenytoin sodium extended		pramipexole.....	31	primidone.....	104
.....	104	prasugrel.....	152	PRIORIX (PF).....	76
philith.....	100	pravastatin.....	43	PRIVIGEN.....	73
PHOSLYRA.....	63	prazosin.....	37	PRO COMFORT ALCOHOL	
PIFELTRO.....	113	prednicarbate.....	58	PADS.....	59
pilocarpine hcl.....	56, 78	prednisolone.....	67	PRO COMFORT INSULIN	
pimecrolimus.....	58	prednisolone acetate.....	81	SYRINGE.....	135, 136
pimozide.....	34	prednisolone sodium		PRO COMFORT PEN	
pimtreea (28).....	100	phosphate.....	67, 81	NEEDLE.....	136
pindolol.....	39	prednisone.....	67	PROAIR RESPICLICK.....	55
pioglitazone.....	24	pregabalin.....	104	probenecid.....	27
pioglitazone-metformin.....	24	PREHEVBRIO (PF).....	76	probenecid-colchicine.....	27
PIP PEN NEEDLE.....	135	PREMARIN.....	66	procainamide.....	38
piperacillin-tazobactam.....	95	PREMPHASE.....	66	PROCALAMINE 3%.....	37
PIQRAY.....	17	PREMPRO.....	66	prochlorperazine.....	29
pirfenidone.....	53	prena1 true.....	156	prochlorperazine edisylate.....	29
pirmella.....	100	prenaissance.....	156	prochlorperazine maleate.....	29
piroxicam.....	86	prenaissance plus.....	156	procto-pak.....	58
PLASMA-LYTE 148.....	149	prenatabs fa.....	156	proctosol hc.....	58
PLASMA-LYTE A.....	149	prenatal 19.....	156	proctozone-hc.....	58
PLEGRIDY.....	52	prenatal 19 (with docusate)		PRODIGY INSULIN	
pnv 29-1.....	156	.....	156	SYRINGE.....	136
pnv-dha + docusate.....	156	prenatal low iron.....	156	progesterone.....	69
pnv-omega.....	156	prenatal plus.....	156	progesterone micronized.....	69
pnv-vp-u.....	156	prenatal plus (calcium carb)		PROGRAF.....	73
podofilox.....	59	.....	156	PROLASTIN-C.....	53
polycin.....	80			PROLENSA.....	81

PROLIA	48	ranolazine.....	40	RISPERDAL CONSTA.....	34
PROMACTA	153	rasagiline.....	31	risperidone	34, 35
promethazine.....	29, 111	RASUVO (PF)	73	ritonavir.....	113
promethegan	29	RAVICTI	63	RITUXAN HYCELA	18
propafenone	38	RAYALDEE.....	48	rivastigmine.....	23
proparacaine	82	reclipsen (28).....	100	rivastigmine tartrate.....	23
propranolol.....	39	RECOMBIVAX HB (PF) 76, 77		rizatriptan.....	27
propranolol-		RECTIV	84	r-natal ob	157
hydrochlorothiazid	39	REGRANEX.....	59	ROCKLATAN.....	78
propylthiouracil	65	RELENZA DISKHALER....	115	roflumilast.....	53
PROQUAD (PF).....	76	RELEUKO	153	ROLVEDON.....	153
PROSOL 20 %.....	37	RELION NEEDLES	136	ropinirole.....	31
protamine	150	RELION PEN NEEDLES..	137	rosadan.....	60
protriptyline	108	RELISTOR.....	63	rosuvastatin.....	43
PULMOZYME.....	154	RENFLEXIS.....	73	ROTARIX	77
PURE COMFORT ALCOHOL		repaglinide	24	ROTATEQ VACCINE.....	77
PADS.....	59	repaglinide-metformin	24	ROZLYTREK	18
PURE COMFORT PEN		REPATHA PUSHTRONEX	43	RUBRACA.....	18
NEEDLE.....	136	REPATHA SURECLICK....	43	rufinamide	104, 105
purefe ob plus	156	REPATHA SYRINGE	43	RUKOBIA	113
purefe plus	157	RESTASIS	81	RUXIENCE	18
PURIXAN	17	RESTASIS MULTIDOSE....	81	RYBELSUS.....	24
pyrazinamide	111	RETACRIT	153	RYBREVANT.....	18
pyridostigmine bromide	83, 84	RETEVMO	17	RYDAPT	18
pyrimethamine.....	30	RETROVIR	113	S	
Q		REVCovi	154	SAFESNAP INSULIN	
QINLOCK.....	17	revonto.....	155	SYRINGE	137
QUADRACEL (PF)	76	REXULTI	34	SAFETY PEN NEEDLE	137
quetiapine	34	REYATAZ.....	113	sajazir.....	40
quinapril.....	45	REZLIDHIA	17	SANTYL.....	59
quinapril-hydrochlorothiazide		REZUROCK.....	73	sapropterin	154
.....	45	RHOPRESSA.....	78	SAVELLA	52
quinidine gluconate	38	RIABNI.....	17	SCEMBLIX.....	18
quinidine sulfate	38	ribavirin	116	scopolamine base.....	29
quinine sulfate	30	RIDAURA.....	73	SECUADO	35
QULIPTA.....	27	rifabutin.....	111	SECURESAFE PEN	
R		rifampin.....	111	NEEDLE	137
RABAVERT (PF)	76	rilpivirine	113	select-ob.....	157
rabeprazole	62	riluzole	52	select-ob (folic acid).....	157
RADICAVA	52	rimantadine	115	selegiline hcl	31
raloxifene	66	RINVOQ	73	selenium sulfide	60
ramipril.....	45	risedronate	48	SELZENTRY.....	113

SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN)	26	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	67	sulindac	86
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN.....	26	SOMATULINE DEPOT	69	sumatriptan	27, 28
se-natal 19 chewable	157	SOMAVERT.....	69	sumatriptan succinate	28
SEREVENT DISKUS	55	sorafenib.....	18	sumatriptan-naproxen	28
SEROSTIM	68	sorine	39	sunitinib	18
sertraline	108	sotalol	39	SUNLENCA	114
setlakin	100	sotalol af.....	39	SUNOSI.....	48
sevelamer carbonate	63	SPIRIVA RESPIMAT.....	55	SUPPRELIN LA	69
sevelamer hcl	63	SPIRIVA WITH HANDIHALER	55	SUPREP BOWEL PREP KIT	64
SEZABY	105	spironolactone	44	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	59
sf 5000 plus	56	spironolacton- hydrochlorothiaz.....	44	SURE COMFORT INS. SYR. U-100	138
sharobel	100	SPRAVATO	108	SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	138
SHINGRIX (PF).....	77	sprintec (28).....	101	SURE COMFORT PEN NEEDLE	138
SIGNIFOR.....	69	SPRITAM	105	SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	137, 138
SIKLOS	150	SPRYCEL	18	SURE-FINE PEN NEEDLES	138
sildenafil	84	sps (with sorbitol).....	63	SURE-JECT INSULIN SYRINGE	139
sildenafil (pulm.hypertension)	84	sronyx	101	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	59
silver sulfadiazine	60	ssd.....	60	SUTAB.....	64
SIMBRINZA	78	stavudine.....	114	syeda	101
simliya (28)	100	STELARA.....	74	SYMBICORT	54
simpesse	101	STERILE PADS	137	SYMDEKO	53
simvastatin.....	43	STIOLTO RESPIMAT	55	SYMJEPI.....	40
sirolimus	73	STIVARGA.....	18	SYMLINPEN 120	24
SIRTURO	111	STRENSIQ.....	154	SYMLINPEN 60	24
SKY SAFETY PEN NEEDLE	137	streptomycin	90	SYMPAZAN	105
SKYRIZI	74	STRIBILD	114	SYMTUZA.....	114
SLYND.....	101	STRIVERDI RESPIMAT	55	SYNAGIS	115
sodium chloride 0.45 %	150	SUBLOCADE	21	SYNAREL	69
sodium chloride 0.9 %	150	subvenite.....	105	SYNERCID	92
sodium fluoride-pot nitrate..	56	sucalfate.....	62	SYNJARDY.....	24
sodium oxybate.....	48	sulfacetamide sodium	80	SYNJARDY XR.....	24
sodium phenylbutyrate.....	63	sulfacetamide sodium (acne)	60	SYNRIBO	18
sodium polystyrene sulfonate	63	sulfacetamide-prednisolone	80		
sodium,potassium,mag sulfates	64	sulfadiazine	95		
SOLQUA 100/33.....	26	sulfamethoxazole- trimethoprim.....	95		
SOLTAMOX.....	18	sulfasalazine	47		

T		
TABLOID.....	18	
TABRECTA.....	18	
tacrolimus.....	58, 74	
tadalafil.....	84	
tadalafil (pulm. hypertension)	84	
TAFINLAR.....	18	
tafluprost (pf).....	78	
TAGRISSO.....	18	
TAKHZYRO.....	84	
TALTZ AUTOINJECTOR ...	74	
TALTZ SYRINGE.....	74	
TALZENNA.....	18	
tamoxifen.....	18	
tamsulosin.....	64	
tarina 24 fe.....	101	
tarina fe 1-20 eq (28).....	101	
taron-c dha.....	157	
taron-prex prenatal-dha	157	
TASCENSO ODT.....	52	
TASIGNA.....	18	
tasimelteon.....	48	
TAVALISSE.....	150	
tazarotene.....	60	
TAZORAC.....	60	
taztia xt.....	39	
TAZVERIK.....	18	
TDVAX.....	77	
TECENTRIQ.....	18	
TECHLITE INSULIN SYRINGE.....	139, 140	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT).....	139	
TECHLITE PEN NEEDLE	140	
TECVAYLI.....	19	
TEFLARO.....	93	
telmisartan.....	41	
telmisartan-amlodipine.....	41	
telmisartan- hydrochlorothiazid.....	41	
temazepam.....	22	
TEMIXYS.....	114	
tencon.....	89	
TENIVAC (PF).....	77	
tenofovir disoproxil fumarate	114	
TEPEZZA.....	82	
TEPMETKO.....	19	
terazosin.....	64	
terbinafine hcl.....	110	
terbutaline.....	55	
terconazole.....	90	
TERUMO INSULIN SYRINGE.....	140	
testosterone.....	65	
testosterone cypionate.....	65	
testosterone enanthate.....	65	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF).....	77	
tetrabenazine.....	52	
tetracycline.....	96	
THALOMID.....	84	
theophylline.....	55	
THINPRO INSULIN SYRINGE.....	140	
thioridazine.....	35	
thiothixene.....	35	
tiadylt er.....	40	
tiagabine.....	105	
TIBSOVO.....	19	
TICE BCG.....	19	
TICOVAC.....	77	
tigecycline.....	96	
timolol maleate.....	39, 78	
tinidazole.....	30	
tiopronin.....	64	
TIVDAK.....	19	
TIVICAY.....	114	
TIVICAY PD.....	114	
tizanidine.....	155	
TOBI PODHALER.....	90	
tobramycin.....	80, 91	
tobramycin in 0.225 % nacl	91	
tobramycin sulfate.....	91	
tobramycin-dexamethasone	80	
tolmetin.....	86	
tolterodine.....	64	
TOPCARE CLICKFINE.....	141	
TOPCARE ULTRA COMFORT.....	141	
topiramate.....	105	
toposar.....	19	
toremifene.....	19	
torsemide.....	44	
TOTECT.....	84	
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR.....	26	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN.....	26	
TRACLEER.....	84	
TRADJENTA.....	24	
tramadol.....	89	
tramadol-acetaminophen....	89	
trandolapril.....	45	
trandolapril-verapamil.....	45	
tranexamic acid.....	150	
tranylcypromine.....	108	
TRAVASOL 10 %.....	37	
travoprost.....	79	
TRAZIMERA.....	19	
trazodone.....	108	
TRECATOR.....	111	
TRELEGY ELLIPTA.....	55	
TRELSTAR.....	19	
TREMFYA.....	74	
treprostinil sodium.....	85	
tretinoin.....	61	
tretinoin (antineoplastic).....	19	
tri femynor.....	101	
triamcinolone acetonide.....	56, 58, 67	
triamterene- hydrochlorothiazid.....	44	
triazolam.....	22, 23	

trientine.....	90	TRUE COMFORT SAFETY		ULTRA COMFORT INSULIN	
tri-estarylla	101	PEN NEEDLE.....	141	SYRINGE	125, 129, 145
trifluoperazine.....	35	TRUEPLUS INSULIN	142, 143	ULTRA FLO INSUL	
trifluridine	80	TRUEPLUS PEN NEEDLE		SYR(HALF UNIT).....	145
trihexyphenidyl	31	.....	142	ULTRA FLO INSULIN	
TRIJARDY XR.....	24, 25	TRULICITY	25	SYRINGE	145
TRIKAFTA.....	53	TRUMENBA.....	77	ULTRA FLO PEN NEEDLE	
tri-legest fe	101	TRUSELTIQ.....	19	.....	145
tri-lingen.....	101	TRUXIMA.....	19	ULTRA THIN PEN NEEDLE	
tri-lo-estarylla.....	101	TUKYSA.....	19	.....	145
tri-lo-marzia.....	101	tulana	101	ULTRACARE INSULIN	
tri-lo-mili.....	101	TURALIO.....	19	SYRINGE	145, 146
tri-lo-sprintec.....	101	TWINRIX (PF)	77	ULTRACARE PEN NEEDLE	
trimethoprim.....	92	tyblume	102	.....	146
tri-mili	101	TYBOST	84	ULTRA-THIN II (SHORT) INS	
trimipramine.....	108	TYMLOS.....	48	SYR.....	146, 147
TRINTELLIX	108	TYPHIM VI.....	77	ULTRA-THIN II (SHORT)	
tri-nymyo	101	TYSABRI.....	74	PEN NDL.....	147
tri-previfem (28).....	101	TYVASO.....	85	ULTRA-THIN II INS PEN	
TRIPTODUR.....	69	U		NEEDLES	147
tri-sprintec (28).....	101	UBRELVY	28	ULTRA-THIN II INSULIN	
TRIUMEQ	114	UCERIS.....	47	SYRINGE	146, 147
TRIUMEQ PD.....	114	UDENYCA	153	UNIFINE PEN NEEDLE....	147
triveen-duo dha	157	ULTICARE	143, 144	UNIFINE PENTIPS....	135, 147
trivora (28).....	101	ULTICARE INSULIN		UNIFINE PENTIPS	
tri-vylibra.....	101	SYRINGE.....	143	MAXFLOW.....	147
tri-vylibra lo	101	ULTICARE INSULN		UNIFINE PENTIPS PLUS	147
TRIZIVIR	114	SYR(HALF UNIT)	143	UNIFINE PENTIPS PLUS	
TROGARZO	114	ULTICARE PEN NEEDLE	143	MAXFLOW.....	147
TROPHAMINE 10 %	37	ULTICARE SAFETY PEN		UNIFINE SAFECONTROL	
trospium.....	64	NEEDLE	143	.....	148
TRUE COMFORT ALCOHOL		ULTIGUARD SAFEPAK-		UNIFINE ULTRA PEN	
PADS.....	59	INSULIN SYR.....	144	NEEDLE	148
TRUE COMFORT INSULIN		ULTIGUARD SAFEPAK-		UPTRAVI.....	85
SYRINGE.....	141	PEN NEEDLE.....	144	ursodiol	63
TRUE COMFORT PEN		ULTILET ALCOHOL SWAB		V	
NEEDLE.....	141, 142	.....	59	valacyclovir	116
TRUE COMFORT PRO		ULTILET INSULIN SYRINGE		VALCHLOR.....	60
ALCOHOL PADS.....	59	.....	130, 144	valganciclovir	116
TRUE COMFORT PRO INS		ULTILET PEN NEEDLE ...	144	valproate sodium.....	105
SYRINGE.....	141, 142	ULTRA CMFT INS SYR		valproic acid.....	105
		(HALF UNIT)...129, 137, 143			

valproic acid (as sodium salt)	VIMIZIM.....	X
..... 105	VIMPAT.....	XADAGO.....31
valsartan.....41	vinate care.....	XALKORI.....20
valsartan-hydrochlorothiazide	vinblastine.....	XARELTO.....151, 152
..... 41	vincasar pfs.....	XARELTO DVT-PE TREAT
VALTOCO..... 105	vincristine.....	30D START.....151
vancomycin.....92	vinorelbine.....	XATMEP.....20
VANISHPOINT INSULIN	viorele (28).....	XCOPRI.....105
SYRINGE..... 148	VIRACEPT.....	XCOPRI MAINTENANCE
VANISHPOINT SYRINGE 148	VIREAD.....	PACK.....105
VAQTA (PF).....77	virt-c dha.....	XCOPRI TITRATION PACK
varenicline.....21	virt-nate dha.....	106
VARIVAX (PF).....77	virt-pn.....	XELJANZ.....74
VASCEPA.....44	virt-pn dha.....	XELJANZ XR.....74
VEKLURY.....116	virt-pn plus.....	XERMELO.....63
VELCADE.....19	VISTOGARD.....	XGEVA.....48
velivet triphasic regimen (28)	vitafol gummies.....	XHANCE.....82
..... 102	vitafol nano.....	XIFAXAN.....92
VELPHORO.....63	vitafol-ob+dha.....	XIGDUO XR.....25
VELTASSA.....63	VITRAKVI.....	XIIDRA.....82
VEMLIDY.....114	VIZIMPRO.....	XOFLUZA.....115
VENCLEXTA.....19	VOCABRIA.....	XOLAIR.....53
VENCLEXTA STARTING	vol-nate.....	XOSPATA.....20
PACK.....19	volnea (28).....	XPOVIO.....20
venlafaxine.....108	VONJO.....20	XTAMPZA ER.....89
venlafaxine besylate.....108	voriconazole.....	XTANDI.....20
verapamil.....40	VOSEVI.....115	xulane.....102
VERIFINE PEN NEEDLE 148	VOTRIENT.....	XULTOPHY 100/3.6.....26
VERSACLOZ.....35	vp-ch-pnv.....	XYOSTED.....65
VERSALON.....148	vp-pnv-dha.....	XYREM.....48
VERZENIO.....19	VPRIV.....154	Y
vestura (28).....102	VRAYLAR.....35	YERVOY.....20
V-GO 20.....148	VUMERITY.....52	YF-VAX (PF).....77
V-GO 30.....148	vyfemla (28).....	YONSA.....20
V-GO 40.....148	vylibra.....102	yuvaferm.....66
vicodin hp.....89	VYZULTA.....79	Z
VICTOZA.....25	W	zafemy.....102
vienva.....102	warfarin.....151	zafirlukast.....54
vigabatrin.....105	WEBCOL.....60	zaleplon.....48
vigadrone.....105	WELIREG.....20	zarah.....102
VIIIBRYD.....108	wera (28).....102	ZARXIO.....153
vilazodone.....108		zatean-pn dha.....157

zatean-pn plus.....	157	ziprasidone hcl	35	zonisamide.....	106
zebutal	89	ziprasidone mesylate	35	zovia 1-35 (28)	102
ZEGALOGUE		ZIRABEV	20	ZTALMY	106
AUTOINJECTOR.....	84	ZIRGAN.....	80	ZTLIDO	90
ZEGALOGUE SYRINGE....	84	ZOLADEX	20	zumandimine (28).....	102
ZEJULA.....	20	zoledronic acid	48	ZYDELIG	20
ZELBORAF	20	zoledronic acid-mannitol-		ZYKADIA.....	21
zenatane	60	water	48	ZYLET.....	80
ZENPEP	155	ZOLINZA	20	ZYNLONTA.....	21
zidovudine.....	114	zolmitriptan.....	28	ZYPREXA RELPREVV	35
ZIEXTENZO	153	zolpidem	48		
zingiber.....	157	ZONISADE.....	106		

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-969-5366, (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-969-5366, (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-844-969-5366, (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-844-969-5366, (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-969-5366, (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-969-5366, (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-969-5366, (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-969-5366, (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-969-5366, (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться

услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-969-5366, (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-969-5366, (TTY: 711). سيقوم شخص ما بتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-969-5366, (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-969-5366, (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-969-5366, (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-969-5366, (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-969-5366, (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには 1-844-969-5366, (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Este formulario se actualizó el 02/21/2023. 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. Leon Health es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. Inscribirse en Leon Health, Inc. depende de que se renueve el contrato.

