



ATRIOTM
HEALTH PLANS

Formulario Completo 2025

Oregon

Condados de Douglas y Klamath

ATRIO Special Needs Plans (HMO D-SNP)

1 de enero de 2025 - 31 de diciembre de 2025



ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP)

Formulario 2025 (Lista de medicamentos cubiertos)

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

Presentación de archivo de formulario aprobado por HPMS 25195, versión número 7

Este formulario fue actualizado el 12/31/2024.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para miembros para obtener más información. **Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina (Parte D):** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

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

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) hace referencia a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a ATRIO Health Plans. Cuando hace referencia a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP).

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

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

¿Qué es el formulario de ATRIO Health Plans?

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

¿Puede cambiar el formulario?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Condición médica

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

Listado Alfabético

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

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

Medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos

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

Medicamentos de venta libre cubiertos

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Planes de Salud ATRIO?

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

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

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

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

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

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

Para cada uno de sus medicamentos que no se encuentre en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos recargas para proporcionar un suministro máximo de 30 días de medicamentos. Después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción al formulario.

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

Para más información

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

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

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

Formulario de ATRIO Health Plans

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

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

La información en la columna “Requisitos/Límites” le indica si los planes de salud ATRIO tienen algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

NIVELES DE COMPARTICIÓN DE COSTOS

Para los Planes de Necesidades Especiales de ATRIO, dependiendo de su nivel de subsidio para bajos ingresos (LIS), pagará los montos que se indican a continuación por medicamentos recetados para un suministro minorista (30 días) y para un suministro por correo (90 días).

LIS 1	Genérico \$4.90 Marca y todos los demás medicamentos \$12.15
-------	---

LIS 2	Genérico \$1.60 Marca y todos los demás medicamentos \$4.80
-------	--

LIS 3	\$0
-------	-----

Si no está seguro de en qué nivel se encuentra, recibirá un “LIS Rider” que le informará una vez que esté inscrito en un plan.

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

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

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

ABREVIATURAS DE COBERTURA

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

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	20
Agentes Antiansiedad	21
Agentes Antidemencia	22
Agentes Antidiabetico	23
Agentes Antigota	28
Agentes Antimigraña	29
Agentes Antinausea	30
Agentes Antiparasitarios	31
Agentes Antiparkinson	32
Agentes Antipsicóticos	33
Agentes Calóricos	39
Agentes Cardiovasculares	40
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	50
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	51
Agentes De Trastorno De Sueño	52
Agentes Del Sistema Nervioso Central	53
Agentes Del Tracto Respiratorio	57
Agentes Dentales Y Orales	61
Agentes Dermatológicos	62
Agentes Gastrointestinales	66
Agentes Genitourinarios	69
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	70
Agentes Inmunológicos	75
Agentes Oftálmicos	86
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	87
Agentes Terapeuticos Misceláneos	92
Agentes Vasodilatadores	93
Analgésicos	94
Anestésicos	97
Antagonistas De Metales Pesados	98
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	98
Antibacterianos	98
Anticonceptivos	105
Anticonvulsivos	114
Antidepresivos	119
Antifúngicos	122
Antihistamínicos	124

Antimicrobacteriales.....	124
Antivirales (Sistémico).....	125
Dispositivos.....	131
Non-Frf.....	177
Preparaciones De Reemplazo.....	177
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	178
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	181
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	182
Vitaminas Y Minerales.....	182

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zytiga)	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i> (fluorouracil)	1	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)	1	PA NSO; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML	1	PA NSO; NDS; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (Vidaza)	1	NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	1	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i> (Treanda)	1	PA NSO; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BENDAMUSTINE (Bendeka) INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS (bendamustine) SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	1	PA NSO; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	1	PA NSO; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	1	
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	1	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg</i>	1	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 (Velcade) mg</i>	1	PA NSO
BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 MG/ML	1	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	1	PA NSO; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	1	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	1	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	1	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 500 mg/ml</i>	1	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	1	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i> (Sprycel)	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i> (Sprycel)	1	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i> (Dacogen)	1	NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> (Caelyx) <i>intravenous suspension 2 mg/ml</i>	1	PA BvD; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	1	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	1	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	1	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	1	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F 40 MG/ML	1	PA NSO; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	1	PA NSO; NDS; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	1	NDS
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	1	PA NSO; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	1	PA NSO; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg</i> (Tarceva)	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	1	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	1	
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Torpenz)	1	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Torpenz)	1	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	1	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	1	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	1	PA BvD; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	1	PA BvD
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin)	1	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	1	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	1	NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	1	PA NSO; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG (lomustine)	1	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG (lomustine)	1	NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	1	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	1	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	1	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	1	PA NSO; NDS; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	1	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	1	PA NSO; NDS
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	1	PA NSO; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	1	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	1	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NDS
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	1	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	1	PA NSO; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	1	PA NSO; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	1	PA NSO; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	1	PA NSO; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	1	PA NSO; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	1	PA NSO; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	1	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)	1	PA NSO; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	1	NDS
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	1	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	1	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	1	PA NSO; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	1	PA NSO; NDS; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	1	PA NSO; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	1	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	1	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	1	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	1	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	1	PA NSO; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	1	NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	1	PA NSO; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	1	NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	1	PA NSO; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	1	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	
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	1	NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NDS; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	1	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	1	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	1	PA NSO; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	1	PA NSO; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	1	PA BvD; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	1	NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	1	NDS
<i>pemetrexed intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i>	1	NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	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)	1	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	1	NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	1	PA NSO; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	1	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	1	PA NSO; NDS
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	1	NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (dasatinib)	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG (dasatinib)	1	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	1	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	1	PA NSO; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	1	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	1	PA NSO; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	1	PA NSO; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	1	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	1	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	1	PA NSO; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	1	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	1	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	1	NDS
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	1	PA NSO
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	1	NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	1	PA NSO; NDS; QL (64 per 28 days)
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)	1	PA NSO; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	1	PA NSO; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	1	PA NSO; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	1	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	1	PA NSO; NDS
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA NSO; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG	1	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XALKORI ORAL PELLETT 50 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	1	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	1	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)	1	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)	1	PA NSO; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	1	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	1	PA NSO; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	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)	1	PA NSO; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	1	PA NSO; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	1	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	1	NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	1	PA NSO; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	1	PA NSO; NDS; QL (20 per 28 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	1	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	1	QL (90 per 30 days)
<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	1	QL (4 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	1	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	1	
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	1	ST; QL (240 per 180 days)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg (56 pack)</i>	1	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablet 1 mg</i> (Chantix)	1	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box)	1	
Agentes Antiansiedad		
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	1	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (diazepam)	1	QL (1200 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i> (Lorazepam Intensol)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i> (Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i> (lorazepam)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i> (Restoril)	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i> (Halcion)	1	NDS; QL (60 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	1	
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	1	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	1	QL (200 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 7 mg</i> (Namenda XR)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> (Exelon Patch)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Precose)	1	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	1	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	1	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	1	QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	1	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> (Riomet)	1	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	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>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	1	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	1	PA; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet</i> (Actoplus MET) <i>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)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	1	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	1	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	1	PA; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG (dapaglifloz propaned-metformin)	1	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-500 MG	1	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG (dapaglifloz propaned-metformin)	1	QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE- YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine-yfgn) 1	max \$35 copay per month supply
SEMGLEE(INSULIN GLARG- YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine-yfgn) 1	max \$35 copay per month supply
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine u-300 conc) 1	max \$35 copay per month supply
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	(insulin glargine u-300 conc) 1	max \$35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin degludec) 1	max \$35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML)	(insulin degludec) 1	max \$35 copay per month supply

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRESIBA U-100 INSULIN (insulin degludec) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	1	max \$35 copay per month supply; 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 2.5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release (Glucotrol XL) 24hr 10 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release (Glucotrol XL) 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)
<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 (Zyloprim)</i>	1	
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg (Mitigare)</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg (Colcrys)</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg (Uloric)</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 225 MG/1.5 ML	1	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	1	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non- aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	1	ST; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	1	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	1	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	1	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	QL (18 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	1	QL (5 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (16 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	1	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	1	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	1	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	1	
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	1	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Phenergan)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (promethazine)	1	
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	1	QL (10 per 30 days)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	1	NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	1	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	1	QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i> (Sovuna)	1	QL (60 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	1	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	1	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	1	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	1	PA BvD

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	1	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i> (Biltricide)	1	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	1	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	1	PA; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	1	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	1	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	1	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	1	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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> (Azilect)	1	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	1	PA; NDS; QL (560 per 28 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	1	NDS; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	1	NDS; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	1	NDS; QL (1 per 26 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	1	NDS; QL (1 per 26 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	1	NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	1	NDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	1	NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	1	NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	1	NDS; QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet</i> (Saphris) <i>10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	1	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Clozaril)	1	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 150 mg</i>	1	ST; QL (180 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	1	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	1	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE, DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	1	ST; NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	1	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	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	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	1	NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	1	NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	1	NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	1	NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	1	NDS; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	1	NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	1	NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	1	NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	1	NDS; QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	1	QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	1	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	1	NDS; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i> (Zyprexa)	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> (Zyprexa)	1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa Zydis)	1	
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	1	NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vial outer 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel XR)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres</i> (Risperdal Consta) <i>intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i>	1	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> (Risperdal Consta) <i>intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	1	NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	1	
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	1	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	1	NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	1	NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	1	NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	1	NDS; QL (0.56 per 56 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	1	NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	1	NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	1	NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	ST; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	1	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	1	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg,</i> (Geodon) <i>40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular</i> (Geodon) <i>recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	1	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	1	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	1	NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	1	NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	1	PA BvD

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	1	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %</i>	1	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	1	PA BvD
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-1)	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	1	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	1	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	1	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	1	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	1	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	1	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage</i> (Tiadylt ER)	1	
<i>diltiazem 24hr er 420 mg cap</i> (Tiadylt ER)	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i> (Tiadylt ER)	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	1	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	1	
<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	1	QL (600 per 30 days)
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	1	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	1	
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i> (Lanoxin)	1	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	1	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	1	QL (4 per 30 days)
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Firazyr)	1	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Corlanor)	1	QL (60 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	1	NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	1	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	1	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG (sacubitril-valsartan)	1	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLETT 15-16 MG, 6-6 MG	1	QL (240 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	1	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	1	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	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> (Tribenzor)	1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	1	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> (Caduet) 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	1	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg	1	
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran)	1	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	1	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i> (WelChol)	1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	1	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin 10-10)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80)	1	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule</i> 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg	1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor)	1	
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg</i> (Fenoglide)	1	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i> (Vascepa)	1	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i> (Vascepa)	1	QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i> (Niacor)	1	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i> (niacin)	1	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	1	ST; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Livalo)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	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> (cholestyramine-aspartame)	1	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	1	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	1	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	1	ST; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg (Lasix)</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Aldactone)</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	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg (Lotensin)</i>	1	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 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> (Zestril)	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	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> (Accupril)	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	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	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	1	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg</i> (Isordil)	1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradoso)	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (nitroglycerin)	1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	1	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alose tron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Lotronex)	1	
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	1	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	1	
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i> (Uceris)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i> (Pentasa)	1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i> (Lialda)	1	QL (120 per 30 days)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	1	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	1	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	1	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar)	1	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	1	NDS; QL (120 per 30 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	1	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	1	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	1	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	1	QL (60 per 30 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	1	PA; NDS; QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	1	PA; NDS; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	1	PA; NDS

Agentes De Trastorno De Sueño

Agentes De Trastorno De Sueño

<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	1	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	1	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> (Ambien)	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i> (Ambien CR)	1	QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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> (Strattera)	1	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	1	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	1	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	1	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	1	PA; NDS; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	1	PA; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	1	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	1	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML	1	PA; NDS; QL (1 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i> (Adderall XR)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Adderall)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i> (Tecfidera)	1	PA; NDS; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i> (Tecfidera)	1	PA; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i> (Tecfidera)	1	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i> fingolimod oral capsule 0.5 mg</i> (Gilenya)	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Glatopa)	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Glatopa)	1	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (glatiramer)	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (glatiramer)	1	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Intuniv ER)	1	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	1	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	1	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</i> (Lithobid)	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	1	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	1	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	1	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	1	PA; NDS
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml</i> (Methylin)	1	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	1	QL (90 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	1	PA; NDS; QL (20 per 180 days)
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION 920 MG-23,000 UNIT/23 ML	1	PA; NDS; QL (23 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	1	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	1	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; NDS
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	1	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	1	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	1	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i> (Xenazine)	1	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	1	PA; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	1	PA BvD
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	1	NDS; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA; NDS
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	1	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	1	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	1	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	1	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	1	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	1	PA; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	1	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	1	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	1	PA; NDS; QL (270 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	1	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	1	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	1	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	1	QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	1	QL (30 per 30 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 45 MG (2 PACK), 60 MG, 60 MG (2 PACK)	1	PA; NDS; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	1	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION (fluticasone propion-salmeterol)	1	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	1	QL (32.1 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	1	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE (fluticasone furoate-vilanterol)	1	QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	1	QL (60 per 30 days)
<i>breyna inhalation hfa aerosol inhaler</i> (budesonide-formoterol) 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	1	QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	1	PA BvD; QL (60 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> (Breyna)	1	QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	1	QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (Wixela Inhub)	1	QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (fluticasone propion-salmeterol)	1	QL (60 per 30 days)
Antileucotrinicos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i> (Singulair)	1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i> (Singulair)	1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Accolate)	1	
Broncodilatadores		
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	1	QL (32.1 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> (Ventolin HFA)	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 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	PA BvD
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	1	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	1	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	1	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	1	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA BvD
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	1	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 28 days)
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	1	
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i> (Spiriva with HandiHaler)	1	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	1	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	1	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Periogard)	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i> (PreviDent)	1	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	1	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i> (Denta 5000 Plus Sensitive)	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Kourzeq)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical cream 0.1 %</i> (Vanos)	1	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	1	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	1	QL (100 per 30 days)
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %, 0.5 %</i> (Triderm)	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i> (Trianex)	1	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (AmLactin)	1	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	1	QL (24 per 30 days)
ISOPROPYL ALCOHOL TOPICAL SWAB 70 %	1	
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	1	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liq-filled, rapid rel 10 mg</i>	1	NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	1	NDS; QL (60 per 28 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	1	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	1	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	1	PA NSO; NDS
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	1	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i>	1	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	1	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	1	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	QL (220 per 30 days)
<i>neuac topical gel 1.2 % (1 % base) -5 %</i> (clindamycin-benzoyl peroxide)	1	
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	1	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	1	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	1	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	1	QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	1	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	1	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	1	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	1	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	1	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	1	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i> (Acid Reducer (esomeprazole))	1	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i> (Nexium)	1	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> (Nexium Packet)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium Packet)	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	1	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i> (Acid Reducer (lansoprazole))	1	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i> (Prevacid)	1	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	1	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (Protonix)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i> (Protonix)	1	QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (AcipHex)	1	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	1	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu)	1	PA; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	1	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	1	
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	1	
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-19.3 gram/60 ml, 15-20 gram/60 ml</i>	1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	1	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	1	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	1	
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	1	QL (60 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	1	
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Reltone)	1	NDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	1	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	1	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	1	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	1	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	1	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	1	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	1	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (GaviLyte-G)	1	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i> (GaviLyte-N)	1	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	1	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	1	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release</i> (Uroxatral) 24 hr 10 mg	1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	1	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	1	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>mirabegron oral tablet extended release 24 hr 25 mg, 50 mg</i> (Myrbetriq)	1	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Vesicare)	1	
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	1	
<i>tropium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	1	
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Euthyrox)	1	
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	1	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> (Vogelxo)	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (AndroGel)	1	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i> (AndroGel)	1	PA; QL (300 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA; QL (2 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Estrógenos Y Antiestrógenos		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	1	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Estrace)	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> (Dotti)	1	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Climara)	1	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	1	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i> (Mimvey)	1	
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	1	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG	1	
PREMARIN ORAL TABLET 0.625 MG, 1.25 MG (conjugated estrogens)	1	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	1	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	1	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	1	
<i>yuvaferm vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	1	QL (18 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	1	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML	1	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 UNIT/ML	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	1	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (Somatuline Depot)	1	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	1	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	1	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	1	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	1	PA; NDS
NORDITROPIN FLEXPPO 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)	1	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>octreotide acetate injection solution</i> 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml	1	
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml	1	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	1	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	1	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	1	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	1	PA NSO; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	1	PA NSO; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; NDS
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	1	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i> (norethindrone acetate)	1	
<i>medroxyprogesterone intramuscular</i> (Depo-Provera) <i>suspension 150 mg/ml</i>	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular</i> (Depo-Provera) <i>syringe 150 mg/ml</i>	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10</i> (Provera) <i>mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Gallifrey)	1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	1	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	1	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)	1	PA; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	1	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	1	PA; NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG (tacrolimus)	1	PA BvD
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG (tacrolimus)	1	PA BvD; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	1	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	1	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	1	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	1	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	1	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	1	PA; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	1	PA; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	1	PA; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) <i>250 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) <i>100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> <i>50 mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) <i>100 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25</i> (Sandimmune) <i>mg</i>	1	PA BvD
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	1	PA; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	1	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	1	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	1	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral (Zortress) tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1	PA BvD; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	1	PA BvD; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg (cyclosporine modified)</i>	1	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml (cyclosporine modified)</i>	1	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	1	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	1	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	1	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous recon soln</i> (Remicade) 100 mg	1	PA; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	1	PA; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	1	
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> (CellCept Intravenous) <i>intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i> (CellCept) 250 mg	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (CellCept) <i>suspension for reconstitution 200</i> <i>mg/ml</i>	1	PA BvD; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i> (CellCept) 500 mg	1	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral</i> (Myfortic) <i>tablet, delayed release (dr/ec) 180</i> <i>mg, 360 mg</i>	1	PA BvD
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	1	PA BvD; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	1	PA; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 125 MG/ML	1	PA; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	1	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	1	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	1	PA; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	1	PA BvD
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	1	ST
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; NDS; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	1	PA BvD; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	1	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	1	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	1	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	1	PA; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	1	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	1	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	1	PA; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	1	PA BvD
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	1	PA; NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	1	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	1	PA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	PA; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	1	PA; NDS
Vacunas		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	1	\$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	1	\$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG	1	\$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5- 8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	\$0 copay
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	1	
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	1	QL (3 per 365 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	1	\$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	1	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	1	\$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	1	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	1	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF- 48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	1	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	1	PA BvD; \$0 copay
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	1	\$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	1	
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)	1	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	1	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	1	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	1	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	1	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML (tetanus-diphtheria toxoids-td)	1	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	1	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	1	\$0 copay
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	1	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (typhoid vi polysacch vaccine)	1	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	1	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	1	\$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	1	\$0 copay
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	1	\$0 copay
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	1	\$0 copay
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	1	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops (Alphagan P) 0.1 %, 0.15 %</i>	1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 % (Combigan)</i>	1	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 % (Azopt)</i>	1	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops</i> 2 %	1	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops</i> (Cosopt) 22.3-6.8 mg/ml	1	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops</i> (Xalatan) 0.005 %	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 %	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet</i> 25 mg, 50 mg	1	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops</i> 1 %, 2 %, 4 %	1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	1	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	1	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	1	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette</i> 0.0015 % (Zioptan (PF))	1	QL (30 per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops</i> 0.25 %, 0.5 %	1	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops</i> (Travatan Z) 0.004 %	1	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	1	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</i> 2 %	1	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment</i> 500 unit/gram	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Polycin)	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	1	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	1	QL (3.5 per 4 days)
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	1	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	1	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	1	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neo-Polycin HC)	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neo-Polycin)	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> (Maxitrol)	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i> (Maxitrol)	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	(neomycin-bacitracin-poly-hc) 1	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(neomycin-bacitracin-polymyxin) 1	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Ocuflox) 1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	1	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	(bacitracin-polymyxin b) 1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	1	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
XDEMVIY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	1	PA; NDS; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	1	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 % (loteprednol etabonate)	1	ST
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i> (Prolensa)	1	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %</i> (BromSite)	1	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	1	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i> (Restasis)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Durezol)	1	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	1	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 acetone oil otic (ear) drops 0.01 %</i> (DermOtic Oil)	1	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i> (FML Liquifilm)	1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i> (24 Hour Allergy Relief)	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	1	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	1	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Acular)	1	QL (10 per 25 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	1	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	1	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i> (Lotemax)	1	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i> (Alrex)	1	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i> (Lotemax)	1	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i> (Allergy Nasal (mometasone))	1	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte)	1	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	1	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	1	
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (Astepro Allergy)	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	1	
<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>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Eye Allergy Itch- Redness Rlf)	1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Eye Allergy Itch Relief)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	1	PA; NDS
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	1	PA; NDS
<i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA; NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	1	
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i> (Endari)	1	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	1	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	1	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML	1	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	1	NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i> (Rectiv)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	1	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	1	QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	1	PA; NDS; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	1	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	1	
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	1	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	1	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	1	PA; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (Cialis)	1	PA
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	1	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	1	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	1	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	1	PA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroides		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Aleve (diclofenac))	1	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i> (Pennsaid)	1	PA; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	1	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	1	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	1	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>ibu oral tablet 400 mg</i> (ibuprofen)	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i> (IBU)	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	NDS; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i> (Butrans)	1	NDS; QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg</i> (Fioricet)	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> (Esgic)	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	1	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	1	NDS; QL (240 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	1	PA; NDS; 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	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	NDS; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	1	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	1	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	NDS; QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	NDS; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	1	NDS; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i> (MS Contin)	1	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	1	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	NDS; QL (180 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	1	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	1	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	NDS; QL (300 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>dermacinrx lidocan 5% patch outer</i> (lidocaine)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	1	PA; QL (240 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (lidocaine)	1	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	1	PA; QL (90 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	1	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu)	1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	1	PA; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	1	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> (Cleocin)	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	1	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	1	PA; NDS; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	1	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	1	NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	1	NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	1	PA BvD; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	1	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	1	NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg</i>	1	NDS
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	1	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	1	NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	1	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	1	QL (60 per 30 days)
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>vancomycin intravenous recon soln</i> 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg	1	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	1	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	1	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1</i> (Azactam) <i>gram, 2 gram</i>	1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	1	PA; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1</i> <i>gram</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous</i> <i>recon soln 250 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous</i> (Primaxin IV) <i>recon soln 500 mg</i>	1	
<i>meropenem intravenous recon soln 1</i> <i>gram, 500 mg</i>	1	
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500</i> <i>mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension for</i> <i>reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5</i> <i>ml</i>	1	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram,</i> <i>10 gram, 500 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension for</i> <i>reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5</i> <i>ml</i>	1	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram,</i> <i>2 gram</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	1	
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	1	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	1	
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i> (Pfizerpen-G)	1	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	1	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i> (Avelox in NaCl (iso-osmotic))	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	1	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i> (Morgidox)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg</i> (Acticlate)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i> (Targadox)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxyne NL)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg</i> (Mondoxyne NL)	1	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	1	NDS
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1	
<i>amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	1	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	1	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	1	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog- e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	1	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	1	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	1	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1	
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Azurette (28))	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Apri)	1	
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Kelnor 1/35 (28))	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i> (Kelnor 1/50 (28))	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (EluRyng)	1	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1
<i>kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG	1	
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	1
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	(Balcoltra)	1

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Altavera (28))	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)</i> (Amethyst (28))	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (Iclevia)	1	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (Enpresse)	1	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG	1	
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG	1	
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	1	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (Xulane)	1	QL (3 per 28 days)
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1-20 (28))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1.5/30 (28))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Tilia Fe)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (Tri-Lo-Estarylla)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (Tri-Estarylla)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	1
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
Anticonvulsivos			
Anticonvulsivos			
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		1	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG		1	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML		1	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		1	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		1	QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	(Carbatrol)	1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	(Tegretol)	1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	(Epilex)	1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	(Tegretol XR)	1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg, 200 mg</i>		1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	(Onfi)	1	QL (480 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	1	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	1	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	1	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	1	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>	1	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA NSO; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	1	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	1	ST
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	1	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	1	PA NSO; NDS
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> (Cerebyx)	1	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	1	ST; NDS; QL (720 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	1	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	1	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	1	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	1	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	1	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	1	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	1	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	1	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	1	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	1	QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	1	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	1	QL (10 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	1	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	
<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> (Dilantin-125)	1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	1	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	1	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	1	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	1	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	1	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	1	ST; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	1	ST
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	1	ST; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA BvD; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	1	ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	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> (Topamax)	1	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	1	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	1	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	1	ST; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	1	ST
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	1	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	1	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	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>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	1	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> (Wellbutrin XL)	1	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained- release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	1	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa)	1	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	1	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	1	
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet</i> (Pristiq) <i>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	1	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta)	1	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	1	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> (Lexapro)	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)-40 MG (26)	1	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Prozac)	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	1	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	1	PA NSO; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	1	PA NSO; NDS; QL (14 per 14 days)
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	1	PA BvD
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (AmBisome)	1	PA BvD; NDS
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	1	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	1	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> (Loprox (as olamine))	1	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	1	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 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 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i> (Diflucan)	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Diflucan)	1	
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	1	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> (Sporanox)	1	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i> (Mycamine)	1	
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	1	
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	1	
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i> (Noxafil)	1	PA; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	1	PA BvD; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	1	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i> (Vfend)	1	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	1	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	1	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	1	PA; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antivirales (Sitémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	1	
APRETUDE INTRAMUSCULAR (cabotegravir) SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML)	1	NDS; QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	1	NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	1	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	1	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	1	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	1	NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	1	NDS; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Apretude)	1	NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	1	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	1	NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista)	1	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	1	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	1	NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	1	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	1	NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	1	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofof oral tablet 600-200-300 mg</i> (Atripla)	1	NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofof disop oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	1	NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofof disop oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	1	NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	1	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i> (Truvada)	1	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i> (Truvada)	1	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	1	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	1	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	1	NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	1	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	1	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	1	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	1	NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	1	PA BvD; NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	1	NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	1	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	1	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	1	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	1	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	1	NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	1	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	1	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	1	NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	1	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	1	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	1	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	1	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	1	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	1	QL (60 per 180 days)
Interferones		
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)	1	NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	1	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	1	PA; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	1	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	1	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	1	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	1	NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	1	
Dispositivos		
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	1	PA; ST
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE	(insulin syringe needleless)	1
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	(Easy Touch Luer Lock Insulin)	1
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	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 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 SINGLE USE SWAB	(alcohol swabs)	1
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD UF MINI PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
BD UF NANO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
BD UF ORIG PEN NDL (pen needle, diabetic) 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
BD UF SHORT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
BD VEO INS SYRING 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 30G 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PREP PAD	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	1	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	1	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS 2 (alcohol swabs) PLY,MEDIUM	1	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	PA; ST
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 (gauze bandage) PLY) 2 X 2 "	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2" (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4" (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT (insulin syringe-needle SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD (alcohol swabs)	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML (insulin syringe needleless)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	(insulin syringe needleless)	1	PA; ST
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE (Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHWISE INS 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (UltiCare Insuln Syr(half unit))	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	1	PA; ST
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (BD Eclipse Luer-Lok)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (Advocate Syringes)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- 100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE (Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- 100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- 100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (Monoject Syringe)	1	PA; ST
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES (alcohol swabs)	1	PA; ST
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	PA; ST
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML (insulin syringe-needle SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 u-100) , 1/2 ML 30 GAUGE	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE u-100) X 7/16"	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	1	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
MAXICOMFORT INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G (insulin syringe-needle 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST	
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(CareFine Pen Needle)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(BD Ultra-Fine Micro Pen Needle)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(Advocate Pen Needle)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(Comfort EZ Pen Needles)	1	PA; ST
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"		1 PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
NOVOFINE 30 NEEDLE		1 PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1 PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		1 PA; ST
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"		1 PA; ST
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1 QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1 QL (1 per 365 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM (pen needle, diabetic) NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER (Embrace Pen Needle) 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 (CareFine Pen Needle) GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC (1st Tier Unifine Pentips NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" Plus)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
PEN NEEDLES 6MM 31G (1st Tier Unifine 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X Pentips) 1/4"	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEN NEEDLES 8MM 31G (pen needle, diabetic) 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" (pen needle, diabetic) MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" (pen needle, diabetic) SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML (BD Veo Insulin Syringe 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X UF) 15/64"	1	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML (BD Veo Insulin Syringe 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X UF) 15/64"	1	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML (BD Veo Insulin Syringe 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X UF) 15/64"	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR (Ultilet Insulin Syringe) 1/2 ML 29	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	1	PA; ST
RELION MINI PEN 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) NDL 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
RELION NEEDLES NEEDLE 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
RELION PEN NEEDLES NEEDLE (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100) 1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety) 1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 1	PA; ST
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 1	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs) 1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS (alcohol swabs)	1	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syr/ndl u100 half mark)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"		1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB (alcohol swabs)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" (pen needle, diabetic) 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" (pen needle, diabetic) 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS MAX (pen needle, diabetic) 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR (insulin syringe-needle 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" (insulin syringe-needle u-100) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle u-100) 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G (insulin syringe-needle u-100) 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle u-100) 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle u-100) 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	PA; ST
V-GO 20 DEVICE	1	QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
V-GO 30 DEVICE	1	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 DEVICE	1	QL (30 per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREPS (alcohol swabs) 20'S,LARGE	1	PA; ST
Non-Frf		
Non-Frf		
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	1	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (potassium chloride)	1	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (potassium chloride)	1	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (potassium chloride)	1	
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>	1	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>	1	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1	PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i> (Klor-Con 10)	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 20 meq</i> (K-Tab)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i> (Klor-Con 8)	1	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10)	1	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	1	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	1	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	1	
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agraylin)	1	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i> (Pradaxa)	1	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	1	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	1	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	1	QL (74 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	1	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	1	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	
<i>dipyridamole oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	1	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	1	QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	1	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	1	PA; NDS; QL (20 per 30 days)
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	1	PA; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	1	PA; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA; NDS
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	1	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	1	PA; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	1	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	1	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	1	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	1	PA; QL (4 per 28 days)
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
CREON ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 12,000-38,000 - 60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	1	
<i>javygtor oral tablet, soluble 100 mg</i> (sapropterin)	1	PA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	1	PA; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	1	PA BvD; NDS
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i> (Javygtor)	1	PA; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA; LA; NDS

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000- 126,000- 168,000 UNIT, 5,000- 17,000- 24,000 UNIT, 60,000- 189,600- 252,600 UNIT	1	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	1	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	1	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	1	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg</i>	1	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	1	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	1	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	1	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	1	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	1	
<i>o-cal prenatal 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> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	1	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prenal true combo pack 30 mg iron-1.4 mg-300 mg</i>	1	
<i>prenaisance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	1	
<i>prenaisance 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>	(pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	1
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	1	
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1
<i>pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg</i>	1	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	1	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	1	
<i>triveen-duo dha oral combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 01/01/2025

Identificación del Formulario: 25195.000

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS	131, 132	AIRSUPRA.....	58, 59	<i>amlodipine-valsartan-hcthiazyd</i> ..	45
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	132	AJOVY AUTOINJECTOR.....	29	<i>ammonium lactate</i>	64
<i>abacavir</i>	125	AJOVY SYRINGE.....	29	<i>amoxapine</i>	119
<i>abacavir-lamivudine</i>	125	AKEEGA.....	3	<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz</i> ..	66
ABELCET.....	122	<i>ala-cort</i>	62	<i>amoxicillin</i>	102
ABILIFY ASIMTUFII.....	33	<i>albendazole</i>	31	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	102, 103
ABILIFY MAINTENA.....	33	<i>albuterol sulfate</i>	60	<i>amphotericin b</i>	122
<i>abiraterone</i>	3	ALCOHOL PADS.....	133	<i>amphotericin b liposome</i>	122
ABOUTTIME PEN NEEDLE..	132	ALCOHOL PREP PADS.....	152	<i>ampicillin</i>	103
ABRYSVO (PF).....	80	ALCOHOL PREP SWABS.....	133	<i>ampicillin sodium</i>	103
<i>acamprosate</i>	20	ALCOHOL SWABS.....	133	<i>ampicillin-sulbactam</i>	103
<i>acarbose</i>	23	ALCOHOL WIPES.....	133	<i>anagrelide</i>	178
<i>acebutolol</i>	41	ALECENSA.....	3	<i>anastrozole</i>	3
<i>acetaminophen-codeine</i>	95	<i>alendronate</i>	51	ANKTIVA.....	3
<i>acetazolamide</i>	86	<i>alfuzosin</i>	69	ANORO ELLIPTA.....	60
<i>acetazolamide sodium</i>	86	<i>aliskiren</i>	50	<i>aprepitant</i>	30
<i>acetic acid</i>	87	<i>allopurinol</i>	28	APRETUDE.....	125
<i>acetylcysteine</i>	57	<i>alosetron</i>	50	<i>apri</i>	106
<i>acitretin</i>	64	<i>alprazolam</i>	21	APTIOM.....	114
ACTEMRA.....	75	ALREX.....	90	APTIVUS.....	125
ACTEMRA ACTPEN.....	75	<i>altavera (28)</i>	105	AQINJECT PEN NEEDLE.....	133
ACTHAR.....	73	ALTRENO.....	66	ARCALYST.....	75
ACTHAR SELFJECT.....	73	ALUNBRIG.....	3	AREXVY (PF).....	81
ACTHIB (PF).....	81	ALVAIZ.....	180	AREXVY ANTIGEN COMPONENT.....	81
ACTIMMUNE.....	92	<i>alyacen 1/35 (28)</i>	106	ARIKAYCE.....	98
<i>acyclovir</i>	64, 131	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	106	<i>aripiprazole</i>	33, 34
<i>acyclovir sodium</i>	131	<i>alyq</i>	93	ARISTADA.....	34
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....	81	<i>amantadine hcl</i>	32	ARISTADA INITIO.....	34
<i>adapalene</i>	65	<i>amethyst (28)</i>	106	<i>armodafinil</i>	52
<i>adefovir</i>	131	<i>amikacin</i>	98	ARNUITY ELLIPTA.....	58
ADEMPAS.....	93	<i>amiloride</i>	47	<i>asenapine maleate</i>	34
<i>adrucil</i>	3	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ...	48	<i>aspirin-dipyridamole</i>	180
ADVAIR HFA.....	58	<i>amiodarone</i>	41	ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL.....	133
ADVOCATE PEN NEEDLE...	133	<i>amitriptyline</i>	119	ASSURE ID DUO-SHIELD...	133
ADVOCATE SYRINGES	132, 133	<i>amlodipine</i>	45	ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	133, 134
<i>afirmelle</i>	105	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	45, 46		
		<i>amlodipine-benazepril</i>	45		
		<i>amlodipine-olmesartan</i>	45		
		<i>amlodipine-valsartan</i>	45		

ASSURE ID PEN NEEDLE	<i>balsalazide</i>	50	BENLYSTA.....	75
..... 133, 134	BALVERSA.....	3	<i>benztropine</i>	32
ASSURE ID PRO PEN	BCG VACCINE, LIVE (PF).....	81	BESREMI.....	75
NEEDLE.....	BD ALCOHOL SWABS.....	135	<i>betaine</i>	92
ASTAGRAF XL.....	BD AUTOSHIELD DUO PEN		<i>betamethasone dipropionate</i>	62
<i>atazanavir</i>	NEEDLE.....	134	<i>betamethasone valerate</i>	62
<i>atenolol</i>	BD ECLIPSE LUER-LOK.....	134	<i>betamethasone, augmented</i>	62
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	BD INSULIN SYRINGE.....	134	BETASERON.....	54
<i>atomoxetine</i>	BD INSULIN SYRINGE		<i>betaxolol</i>	86
<i>atorvastatin</i>	(HALF UNIT).....	134	<i>bethanechol chloride</i>	69
<i>atovaquone</i>	BD INSULIN SYRINGE SLIP		<i>bexarotene</i>	4
<i>atovaquone-proguanil</i>	TIP.....	135	BEXSERO.....	81
<i>atropine</i>	BD INSULIN SYRINGE U-		<i>bicalutamide</i>	4
ATROVENT HFA.....	500.....	134	BICILLIN L-A.....	103
<i>abra eq</i>	BD INSULIN SYRINGE		BIKTARVY.....	125
AUGTYRO.....	ULTRA-FINE.....	134	<i>bimatoprost</i>	86
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	BD NANO 2ND GEN PEN		<i>bisoprolol fumarate</i>	41
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	NEEDLE.....	135	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..	41
<i>aurovela 24 fe</i>	BD SAFETYGLIDE INSULIN		<i>bleomycin</i>	4
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	SYRINGE.....	135	<i>blisovi 24 fe</i>	106
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	BD SAFETYGLIDE SYRINGE		<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	106
AUSTEDO.....	.....	135	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	106
AUSTEDO XR.....	BD ULTRA-FINE MICRO		BOOSTRIX TDAP.....	81
AUSTEDO XR TITRATION	PEN NEEDLE.....	135	BORDERED GAUZE.....	136
KT(WK1-4).....	BD ULTRA-FINE MINI PEN		<i>bortezomib</i>	4
AUVELITY.....	NEEDLE.....	136	BORUZU.....	4
<i>aviane</i>	BD ULTRA-FINE NANO PEN		<i>bosentan</i>	93
AVONEX.....	NEEDLE.....	136	BOSULIF.....	4
<i>ayuna</i>	BD ULTRA-FINE ORIG PEN		BRAFTOVI.....	4
AYVAKIT.....	NEEDLE.....	136	BREO ELLIPTA.....	58, 59
<i>azacitidine</i>	BD ULTRA-FINE SHORT		<i>breyana</i>	59
<i>azathioprine</i>	PEN NEEDLE.....	136	BREZTRI AEROSPHERE.....	60
<i>azathioprine sodium</i>	BD VEO INSULIN SYR		BRILINTA.....	180
<i>azelastine</i>	(HALF UNIT).....	136	<i>brimonidine</i>	86
<i>azithromycin</i>	BD VEO INSULIN SYRINGE		<i>brimonidine-timolol</i>	86
<i>aztreonam</i>	UF.....	136	<i>brinzolamide</i>	86
<i>azurette (28)</i>	BELSOMRA.....	52	BRIVIACT.....	114
<i>bacitracin</i>	<i>benazepril</i>	48	<i>bromfenac</i>	90
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	49	<i>bromocriptine</i>	32
<i>baclofen</i>	<i>bendamustine</i>	3	BRONCHITOL.....	57
<i>bal-care dha</i>	BENDAMUSTINE.....	4	BRUKINSA.....	4
<i>bal-care dha essential</i>	BENDEKA.....	4	<i>budesonide</i>	50, 59

<i>budesonide-formoterol</i>	59	<i>cefdinir</i>	100	CLINIMIX 6%-D5W	
<i>bumetanide</i>	48	<i>cefepime</i>	100	(SULFITE-FREE).....	39
<i>buprenorphine</i>	95	<i>cefixime</i>	101	CLINIMIX 8%-	
<i>buprenorphine hcl</i>	20	<i>cefoxitin</i>	101	D10W(SULFITE-FREE).....	39
<i>buprenorphine-naloxone</i>	20	<i>cefpodoxime</i>	101	CLINIMIX 8%-	
<i>bupropion hcl</i>	119	<i>cefprozil</i>	101	D14W(SULFITE-FREE).....	40
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> ...	20	<i>ceftazidime</i>	101	CLINIMIX E 8%-D10W	
<i>buspirone</i>	92	<i>ceftriaxone</i>	101	SULFITEFREE.....	40
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i> ...	95	<i>cefuroxime axetil</i>	101	CLINIMIX E 8%-D14W	
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i> ...	95	<i>cefuroxime sodium</i>	101	SULFITEFREE.....	40
CABENUVA.....	125	<i>celecoxib</i>	94	<i>clobazam</i>	114, 115
<i>cabergoline</i>	32	<i>cephalexin</i>	101	<i>clobetasol</i>	62
CABOMETYX.....	4	<i>cevimeline</i>	61	<i>clobetasol-emollient</i>	62
<i>cabotegravir</i>	125	<i>chateal eq (28)</i>	106	<i>clomipramine</i>	119
<i>calcipotriene</i>	64	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	21	<i>clonazepam</i>	21
<i>calcitonin (salmon)</i>	51	<i>chlorhexidine gluconate</i>	61	<i>clonidine</i>	40
<i>calcitriol</i>	51	<i>chloroquine phosphate</i>	31	<i>clonidine hcl</i>	40
CALQUENCE.....	4	<i>chlorpromazine</i>	34	<i>clopidogrel</i>	180
CALQUENCE		<i>chlorthalidone</i>	48	<i>clorazepate dipotassium</i>	21
(ACALABRUTINIB MAL).....	4	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	46	<i>clotrimazole</i>	122
<i>camila</i>	106	<i>cholestyramine light</i>	46	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	122
<i>candesartan</i>	44	<i>ciclopirox</i>	122	<i>clozapine</i>	34, 35
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	44	<i>cilostazol</i>	180	<i>c-nate dha</i>	182
CAPLYTA.....	34	CIMDUO.....	125	COARTEM.....	31
CAPRELSA.....	5	<i>cimetidine hcl</i>	66	COBENFY.....	35
<i>captopril</i>	49	CIMZIA.....	76	COBENFY STARTER PACK...	35
<i>carbamazepine</i>	114	CIMZIA POWDER FOR		<i>colchicine</i>	28
<i>carbidopa-levodopa</i>	32	RECONST.....	76	<i>colesevelam</i>	46
CAREFINE PEN NEEDLE.....	136	<i>cinacalcet</i>	51	<i>colestipol</i>	46
CARETOUCH ALCOHOL		CINQAIR.....	57	<i>colistin (colistimethate na)</i>	99
PREP PAD.....	136	<i>ciprofloxacin hcl</i>	88, 104	COMBIVENT RESPIMAT.....	60
CARETOUCH INSULIN		<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> ...	104	COMETRIQ.....	5
SYRINGE.....	137	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	88	COMFORT EZ INSULIN	
CARETOUCH PEN NEEDLE.....	137	<i>citalopram</i>	119	SYRINGE.....	138, 139, 140
<i>carglumic acid</i>	67	<i>clarithromycin</i>	102	COMFORT EZ PEN	
<i>carteolol</i>	86	CLENPIQ.....	68	NEEDLES.....	138, 139
<i>cartia xt</i>	42	CLICKFINE PEN NEEDLE		COMFORT EZ PRO SAFETY	
<i>carvedilol</i>	41	.....	137, 138	PEN NDL.....	139
CAYSTON.....	100	<i>clindamycin hcl</i>	99	COMFORT TOUCH PEN	
<i>cefaclor</i>	100	<i>clindamycin phosphate</i> ...	65, 98, 99	NEEDLE.....	140
<i>cefadroxil</i>	100	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	65	COMPLERA.....	125
<i>cefazolin</i>	100			<i>completenate</i>	182

<i>compro</i>	30	<i>decitabine</i>	5	<i>disulfiram</i>	20
<i>constulose</i>	67	<i>deferasirox</i>	98	<i>divalproex</i>	115
COPIKTRA.....	5	DELSTRIGO.....	125	<i>dofetilide</i>	41
CORLANOR.....	43	<i>demeclocycline</i>	104	<i>dolishale</i>	107
COSENTYX.....	76, 92	DENGVAXIA (PF).....	81	<i>donepezil</i>	22
COSENTYX (2 SYRINGES).....	76	<i>denta 5000 plus</i>	61	<i>dorzolamide</i>	87
COSENTYX PEN (2 PENS).....	76	<i>dentagel</i>	61	<i>dorzolamide-timolol</i>	87
COSENTYX UNOREADY PEN.....	76	DEPO-SUBQ PROVERA 104... 74		DOVATO.....	126
COTELLIC.....	5	DERMACEA.....	141	<i>doxazosin</i>	40
CREON.....	181	DERMACEA NON-WOVEN..	141	<i>doxepin</i>	120
<i>cromolyn</i>	57, 67, 91	<i>dermacinrx lidocan</i>	97	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	6
<i>cryselle (28)</i>	107	DESCOVY.....	125	<i>doxy-100</i>	104
CURAD GAUZE PAD.....	140	<i>desipramine</i>	119	<i>doxycycline hyclate</i>	104, 105
CURITY ALCOHOL SWABS	140	<i>desmopressin</i>	73	<i>doxycycline monohydrate</i>	105
CURITY GAUZE.....	140	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	107	DRIZALMA SPRINKLE.....	120
<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	107	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	107	<i>dronabinol</i>	30
<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	107	<i>desvenlafaxine succinate</i>	120	DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT).....	141
<i>cyclobenzaprine</i>	182	<i>dexamethasone</i>	72	DROPLET INSULIN SYRINGE.....	141, 142
<i>cyclophosphamide</i>	5	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	72, 90	DROPLET MICRON PEN NEEDLE.....	142
<i>cyclosporine</i>	76, 90	<i>dextroamphetamine- amphetamine</i>	54	DROPLET PEN NEEDLE	142, 143
<i>cyclosporine modified</i>	76	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	40	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS.....	143
<i>cyred eq</i>	107	DIACOMIT.....	115	DROPSAFE INSULIN SYRINGE.....	143
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	177	<i>diazepam</i>	21, 22, 115	DROPSAFE PEN NEEDLE....	143
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> ..	177	<i>diazepam intensol</i>	21	<i>droxidopa</i>	40
<i>dabigatran etexilate</i>	178	<i>diazoxide</i>	92	DUAVEE.....	71
<i>dalfampridine</i>	54	<i>diclofenac potassium</i>	94	<i>duloxetine</i>	120
<i>danazol</i>	70	<i>diclofenac sodium</i>	90, 94	DUPIXENT PEN.....	76
<i>dantrolene</i>	182	<i>diclofenac-misoprostol</i>	94	DUPIXENT SYRINGE.....	76
DANYELZA.....	5	<i>dicloxacillin</i>	103	<i>dutasteride</i>	69
DANZITEN.....	5	<i>dicyclomine</i>	67	EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....	144
<i>dapsone</i>	124	<i>didanosine</i>	126	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	144, 145
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF).....	81	DIFICID.....	102	EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	144, 145
<i>daptomycin</i>	99	<i>difluprednate</i>	90		
<i>darunavir</i>	125	<i>digoxin</i>	43		
<i>dasatinib</i>	5	<i>dihydroergotamine</i>	29		
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	107	<i>diltiazem hcl</i>	42, 43		
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	107	<i>dilt-xr</i>	43		
DAURISMO.....	5	<i>dimethyl fumarate</i>	54		
<i>deblitane</i>	107	<i>diphenoxylate-atropine</i>	67		
		<i>dipyridamole</i>	180		

EASY COMFORT SAFETY	EMGALITY PEN.....29	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> 102
PEN NEEDLE..... 144	EMGALITY SYRINGE..... 29	<i>erythromycin with ethanol</i> 65
EASY GLIDE INSULIN	<i>emoquette</i> 107	<i>escitalopram oxalate</i> 120
SYRINGE..... 145	EMSAM..... 120	<i>esomeprazole magnesium</i> 66
EASY GLIDE PEN NEEDLE.. 145	<i>emtricitabine</i> 126	<i>estarylla</i> 108
EASY TOUCH..... 147	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> 126	<i>estradiol</i> 71
EASY TOUCH ALCOHOL	EMTRIVA..... 126	<i>estradiol-norethindrone acet</i> 71
PREP PADS..... 146	<i>emzahh</i> 107	<i>eszopiclone</i> 52
EASY TOUCH FLIPLOCK	<i>enalapril maleate</i> 49	<i>ethambutol</i> 124
INSULIN..... 146	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ... 49	<i>ethosuximide</i> 115
EASY TOUCH FLIPLOCK	ENBREL..... 76, 77	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ... 108
SYRINGE..... 146	ENBREL MINI..... 76	<i>etodolac</i> 94
EASY TOUCH INSULIN	ENBREL SURECLICK..... 77	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ... 108
SAFETY SYR..... 145, 146	<i>endocet</i> 95	ETOPOPHOS..... 7
EASY TOUCH INSULIN	ENGERIX-B (PF)..... 82	<i>etoposide</i> 7
SYRINGE..... 145, 146, 147, 148	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF). 82	<i>etravirine</i> 126
EASY TOUCH LUER LOCK	<i>enilloring</i> 107	EUCRISA..... 62
INSULIN..... 147	<i>enoxaparin</i> 179	<i>everolimus (antineoplastic)</i> 7
EASY TOUCH PEN NEEDLE 147	<i>enpresse</i> 107	<i>everolimus</i>
EASY TOUCH SAFETY PEN	<i>enskyce</i> 107	<i>(immunosuppressive)</i> 77
NEEDLE..... 147, 148	<i>entacapone</i> 32	EVOTAZ..... 126
EASY TOUCH	<i>entecavir</i> 131	<i>exemestane</i> 7
SHEATHLOCK INSULIN	ENTRESTO..... 44	EXKIVITY..... 7
..... 146, 147	ENTRESTO SPRINKLE..... 44	EXTENCILLINE..... 103
EASY TOUCH UNI-SLIP..... 148	<i>enulose</i> 67	EYSUVIS..... 90
<i>econazole</i> 122	EPCLUSA..... 130	<i>ezetimibe</i> 46
EDURANT..... 126	EPIDIOLEX..... 115	<i>ezetimibe-simvastatin</i> 46
<i>efavirenz</i> 126	<i>epinastine</i> 91	<i>falmina (28)</i> 108
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> .. 126	<i>epinephrine</i> 43	<i>famciclovir</i> 131
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> . 126	<i>epitol</i> 115	<i>famotidine</i> 66
ELIGARD..... 6	EPIVIR HBV..... 126	FANAPT..... 35
ELIGARD (3 MONTH)..... 6	EPKINLY..... 6	FARXIGA..... 23
ELIGARD (4 MONTH)..... 6	<i>eplerenone</i> 50	FASENRA..... 57
ELIGARD (6 MONTH)..... 6	EPRONTIA..... 115	FASENRA PEN..... 57
<i>elinest</i> 107	ERBITUX..... 6	<i>febuxostat</i> 28
ELIQUIS..... 178	<i>ergoloid</i> 22	<i>felbamate</i> 115
ELIQUIS DVT-PE TREAT	ERIVEDGE..... 6	<i>felodipine</i> 45
30D START..... 178	ERLEADA..... 6	<i>femynor</i> 108
ELREXFIO..... 6	<i>erlotinib</i> 6	<i>fenofibrate</i> 46
<i>eluryng</i> 107	<i>errin</i> 107	<i>fenofibrate micronized</i> 46
EMBRACE PEN NEEDLE..... 148	<i>ertapenem</i> 100	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> 46
EMCYT..... 6	<i>erythromycin</i> 88, 102	<i>fentanyl</i> 96

<i>fentanyl citrate</i>	96	<i>fosphenytoin</i>	115	<i>griseofulvin microsize</i>	123
<i>fesoterodine</i>	69	FOTIVDA.....	7	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	123
FETZIMA.....	120	FREESTYLE PRECISION.....	149	<i>guanfacine</i>	40, 54
FIASP FLEXTOUCH U-100		FRUZAQLA.....	7	GVOKE.....	92
INSULIN.....	25	<i>fulvestrant</i>	7	GVOKE HYPOPEN 2-PACK....	92
FIASP PENFILL U-100		<i>furosemide</i>	48	GVOKE PFS 1-PACK	
INSULIN.....	26	FUZEON.....	126	SYRINGE.....	92
FIASP U-100 INSULIN.....	26	FYARRO.....	7	GVOKE PFS 2-PACK	
<i>finasteride</i>	69	FYCOMPA.....	115, 116	SYRINGE.....	92
<i> fingolimod</i>	54	<i>gabapentin</i>	116	HAEGARDA.....	180
FINTEPLA.....	115	<i>galantamine</i>	22, 23	<i>hailey 24 fe</i>	108
FIRMAGON KIT W		<i>gallifrey</i>	74	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	108
DILUENT SYRINGE.....	7	GAMUNEX-C.....	77	<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	108
<i>flavoxate</i>	69	GARDASIL 9 (PF).....	82	<i>halobetasol propionate</i>	63
<i>flecainide</i>	41	GAUZE PAD.....	149	<i>haloette</i>	108
<i>floxuridine</i>	7	<i>gavilyte-c</i>	68	<i>haloperidol</i>	35
<i>fluconazole</i>	122, 123	<i>gavilyte-g</i>	68	<i>haloperidol decanoate</i>	35
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	122	<i>gavilyte-n</i>	68	<i>haloperidol lactate</i>	35
<i>flucytosine</i>	123	GAVRETO.....	8	HARVONI.....	130
<i>fludrocortisone</i>	72	<i>gefitinib</i>	8	HAVRIX (PF).....	82
<i>flunisolide</i>	90	<i>gemfibrozil</i>	46	HEALTHWISE INSULIN	
<i>fluocinolone</i>	63	<i>generlac</i>	67	SYRINGE.....	149, 150
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	90	<i>gengraf</i>	77	HEALTHWISE PEN NEEDLE	150
<i>fluocinonide</i>	63	<i>gentak</i>	88	HEALTHY ACCENTS	
<i>fluoride (sodium)</i>	61	<i>gentamicin</i>	65, 88, 98	UNIFINE PENTIP.....	150
<i>fluorometholone</i>	90	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	98	<i>heather</i>	108
<i>fluorouracil</i>	7, 64	<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	98	<i>heparin (porcine)</i>	179
<i>fluoxetine</i>	120	GENVOYA.....	126	HEPLISAV-B (PF).....	82
<i>fluphenazine decanoate</i>	35	GILOTRIF.....	8	HERCEPTIN HYLECTA.....	8
<i>fluphenazine hcl</i>	35	<i>glatiramer</i>	54	HERZUMA.....	8
<i>flurbiprofen</i>	94	<i>glatopa</i>	54	HIBERIX (PF).....	82
<i>flurbiprofen sodium</i>	90	GLEOSTINE.....	8	HUMIRA.....	77
<i>flutamide</i>	7	<i>glimepiride</i>	28	HUMIRA PEN.....	77
<i>fluticasone propionate</i>	59, 63, 90	<i>glipizide</i>	28	HUMIRA PEN CROHNS-UC-	
<i>fluticasone propion-salmeterol</i> ...	59	<i>glipizide-metformin</i>	28	HS START.....	77
<i>fluvastatin</i>	46	<i>glutamine (sickle cell)</i>	92	HUMIRA PEN PSOR-	
<i>fluvoxamine</i>	120	<i>glyburide</i>	28	UVEITS-ADOL HS.....	77
<i>folivane-ob</i>	182	<i>glyburide micronized</i>	28	HUMIRA(CF).....	78
<i>fondaparinux</i>	179	<i>glyburide-metformin</i>	28	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS	
<i>fosamprenavir</i>	126	<i>glycopyrrolate</i>	67	STARTER.....	77
<i>fosinopril</i>	49	<i>glydo</i>	97	HUMIRA(CF) PEN.....	78
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	49	GLYXAMBI.....	23		

HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS.....	77	<i>incassia</i>	108	<i>irbesartan</i>	44
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC.....	77	INCONTROL ALCOHOL PADS.....	150	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	44
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS.....	77	INCONTROL PEN NEEDLE..	150	ISENTRESS.....	127
HUMULIN R U-500 (CONC)		INCRELEX.....	73	ISENTRESS HD.....	126
INSULIN.....	26	<i>indapamide</i>	48	<i>isibloom</i>	108
HUMULIN R U-500 (CONC)		<i>indomethacin</i>	95	<i>isoniazid</i>	124
KWIKPEN.....	26	INFANRIX (DTAP) (PF).....	82	ISOPROPYL ALCOHOL.....	64
<i>hydralazine</i>	43	<i>infliximab</i>	78	<i>isosorbide dinitrate</i>	50
<i>hydrochlorothiazide</i>	48	INGREZZA.....	55	<i>isosorbide mononitrate</i>	50
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	96	INGREZZA INITIATION PK(TARDIV).....	54	ITOVEBI.....	9
<i>hydrocortisone</i>	51, 63, 72	INGREZZA SPRINKLE.....	55	<i>itraconazole</i>	123
<i>hydrocortisone valerate</i>	63	INLYTA.....	9	IV PREP WIPES.....	152
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	88	INPEN (FOR HUMALOG) BLUE.....	150	<i>ivabradine</i>	43
<i>hydromorphone</i>	96	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE.....	150	<i>ivermectin</i>	31
<i>hydroxychloroquine</i>	31	INQOVI.....	9	IWILFIN.....	9
<i>hydroxyurea</i>	8	INREBIC.....	9	IXCHIQ (PF).....	82
<i>hydroxyzine hcl</i>	124	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	26	IXIARO (PF).....	82
<i>hydroxyzine pamoate</i>	92	<i>insulin aspart u-100</i>	26	JAKAFI.....	9
<i>ibandronate</i>	51	INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK.....	151	<i>jantoven</i>	179
IBRANCE.....	8	INSULIN SYRINGE.....	135	JANUMET.....	23
<i>ibu</i>	94	INSULIN SYRINGE MICROFINE.....	135	JANUMET XR.....	23
<i>ibuprofen</i>	94	INSULIN SYRINGE NEEDLELESS.....	135	JANUVIA.....	23
<i>icatibant</i>	43	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	148, 149, 151, 152, 160, 165, 169	JARDIANCE.....	23
<i>iclevia</i>	108	INSUPEN PEN NEEDLE.....	152	<i>javygtor</i>	181
ICLUSIG.....	8	INTELENCE.....	126	JAYPIRCA.....	9
<i>icosapent ethyl</i>	47	INTRON A.....	131	JEMPERLI.....	9
IDHIFA.....	8	INVEGA HAFYERA.....	36	<i>jencycla</i>	108
<i>ifosfamide</i>	8	INVEGA SUSTENNA.....	36	JENTADUETO.....	23
ILEVRO.....	90	INVEGA TRINZA.....	36	JENTADUETO XR.....	24
<i>imatinib</i>	8	INVELTYS.....	90	<i>jolessa</i>	108
IMBRUVICA.....	8, 9	IPOL.....	82	<i>juleber</i>	108
IMDELLTRA.....	9	<i>ipratropium bromide</i>	60, 91	JULUCA.....	127
<i>imipenem-cilastatin</i>	100	<i>ipratropium-albuterol</i>	60	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	108
<i>imipramine hcl</i>	120			<i>junel 1/20 (21)</i>	109
<i>imiquimod</i>	64			<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	109
IMJUDO.....	9			<i>junel fe 1/20 (28)</i>	109
IMOVAX RABIES VACCINE (PF).....	82			<i>junel fe 24</i>	109
IMPAVIDO.....	31			JYLAMVO.....	9
				JYNNEOS (PF).....	83
				KALYDECO.....	57
				<i>kariva (28)</i>	109
				<i>kelnor 1/35 (28)</i>	109

<i>kelnor 1/50 (28)</i>	109	<i>latanoprost</i>	87	LITE TOUCH INSULIN	
KERENDIA.....	50	LAZCLUZE.....	10	SYRINGE.....	153, 154
KESIMPTA PEN.....	55	<i>leflunomide</i>	78	<i>lithium carbonate</i>	55
<i>ketoconazole</i>	123	<i>lenalidomide</i>	10	<i>lithium citrate</i>	55
<i>ketorolac</i>	90, 95	LENTOCILIN S.....	103	LIVTENCITY.....	130
KEYTRUDA.....	9	LENVIMA.....	10	LOKELMA.....	67
KIMMTRAK.....	9	<i>lessina</i>	109	LONSURF.....	11
KINERET.....	78	<i>letrozole</i>	10	<i>loperamide</i>	67
KINRIX (PF).....	83	<i>leucovorin calcium</i>	92	<i>lopinavir-ritonavir</i>	127
<i>kionex (with sorbitol)</i>	67	LEUKERAN.....	11	LOQTORZI.....	11
KISQALI.....	10	<i>leuprolide</i>	11	<i>lorazepam</i>	22
KISQALI FEMARA CO-		<i>leuprolide (3 month)</i>	11	<i>lorazepam intensol</i>	22
PACK.....	10	<i>levetiracetam</i>	116	LORBRENA.....	11
KLISYRI.....	64	<i>levobunolol</i>	87	<i>losartan</i>	44
<i>klor-con m10</i>	177	<i>levocetirizine</i>	124	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	44
<i>klor-con m15</i>	177	<i>levofloxacin</i>	104	LOTEMAX.....	91
<i>klor-con m20</i>	177	<i>levofloxacin in d5w</i>	104	LOTEMAX SM.....	91
KLOXXADO.....	20	<i>levonest (28)</i>	109	<i>loteprednol etabonate</i>	91
KOSELUGO.....	10	<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i> ..	109	<i>lovastatin</i>	47
<i>kosher prenatal plus iron</i>	183	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	110	<i>low-ogestrel (28)</i>	110
KRAZATI.....	10	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	110	<i>loxapine succinate</i>	36
<i>kurvelo (28)</i>	109	<i>levora-28</i>	110	<i>lubiprostone</i>	67
KYLEENA.....	109	<i>levothyroxine</i>	70	LUMAKRAS.....	11
KYNMOBI.....	32	LEXIVA.....	127	LUMIGAN.....	87
<i>labetalol</i>	41	LIBERVANT.....	116	LUNSUMIO.....	11
<i>lacosamide</i>	116	<i>lidocaine</i>	97	LUPRON DEPOT.....	11, 73
<i>lactulose</i>	67	<i>lidocaine hcl</i>	97	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	
<i>lamivudine</i>	127	<i>lidocaine viscous</i>	97	.....	11, 73
<i>lamivudine-zidovudine</i>	127	<i>lidocaine-prilocaine</i>	97	LUPRON DEPOT (4 MONTH).11	
<i>lamotrigine</i>	116	<i>lidocan iii</i>	97	LUPRON DEPOT (6 MONTH).11	
<i>lanreotide</i>	73	LILETTA.....	110	LUPRON DEPOT-PED.....	73
<i>lansoprazole</i>	66	<i>lillow (28)</i>	110	LUPRON DEPOT-PED (3	
LANTUS SOLOSTAR U-100		<i>linezolid</i>	99	MONTH).....	73
INSULIN.....	26	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	99	<i>lurasidone</i>	36
LANTUS U-100 INSULIN.....	26	LINZESS.....	67	<i>lutea (28)</i>	110
<i>lapatinib</i>	10	<i>liothyronine</i>	70	LYBALVI.....	37
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	109	LISCO.....	152	<i>lyleq</i>	110
<i>larin 1/20 (21)</i>	109	<i>lisinopril</i>	49	LYNPARZA.....	12
<i>larin 24 fe</i>	109	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	49	LYSODREN.....	12
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	109	LITE TOUCH INSULIN PEN		LYTGOBI.....	12
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	109	NEEDLES.....	152, 153	<i>lyza</i>	110
<i>larissia</i>	109				

MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG.....	154	MEKINIST.....	12	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	111
MAGELLAN SYRINGE.....	154	MEKTOVI.....	12	<i>midodrine</i>	40
<i>magnesium sulfate</i>	177	<i>meloxicam</i>	95	<i>mifepristone</i>	24
<i>malathion</i>	65	<i>memantine</i>	23	<i>mili</i>	111
<i>maraviroc</i>	127	MENACTRA (PF).....	83	<i>mimvey</i>	71
MARGENZA.....	12	MENQUADFI (PF).....	83	MINI ULTRA-THIN II.....	155
<i>marlissa (28)</i>	110	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	83	<i>minitran</i>	50
<i>marnatal-f</i>	183	<i>mercaptapurine</i>	12	<i>minocycline</i>	105
MARPLAN.....	120	<i>meropenem</i>	100	<i>minoxidil</i>	50
MAVENCLAD (10 TABLET PACK).....	55	<i>mesalamine</i>	51	MIPLYFFA.....	177
MAVENCLAD (4 TABLET PACK).....	55	MESNEX.....	92	<i>mirabegron</i>	69
MAVENCLAD (5 TABLET PACK).....	55	<i>metformin</i>	24	MIRENA.....	111
MAVENCLAD (6 TABLET PACK).....	55	<i>methadone</i>	96	<i>mirtazapine</i>	121
MAVENCLAD (7 TABLET PACK).....	55	<i>methazolamide</i>	87	<i>misoprostol</i>	66
MAVENCLAD (8 TABLET PACK).....	55	<i>methenamine hippurate</i>	99	<i>mitoxantrone</i>	12
MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....	55	<i>methimazole</i>	70	M-M-R II (PF).....	83
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE.....	154	<i>methocarbamol</i>	182	<i>m-natal plus</i>	183
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE.....	154	<i>methotrexate sodium</i>	12	<i>modafinil</i>	52
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	154	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	12	<i>moexipril</i>	49
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	154	<i>methoxsalen</i>	64	<i>molindone</i>	37
MAYZENT.....	55	<i>methsuximide</i>	116	<i>mometasone</i>	63, 91
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT).....	56	<i>methylphenidate hcl</i>	56	MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING.....	156
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT).....	56	<i>methylprednisolone</i>	72	MONOJECT INSULIN SYRINGE.....	155, 156
<i>meclizine</i>	30	<i>methylprednisolone acetate</i>	72	MONOJECT SYRINGE.....	155
<i>medroxyprogesterone</i>	74	<i>metoclopramide hcl</i>	67	MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN.....	171
<i>mefloquine</i>	31	<i>metolazone</i>	48	<i>mono-lynyah</i>	111
<i>megestrol</i>	12, 75	<i>metoprolol succinate</i>	42	<i>montelukast</i>	59
		<i>metoprolol tartrate</i>	42	<i>morphine</i>	96
		<i>metronidazole</i>	65, 98, 99	MORPHINE.....	96
		<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	99	<i>morphine concentrate</i>	96
		<i>metyrosine</i>	43	MOUNJARO.....	24
		<i>micafungin</i>	123	MOVANTIK.....	68
		<i>miconazole-3</i>	123	<i>moxifloxacin</i>	88, 104
		MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE.....	154	<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>	104
		MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE.....	155	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> ..	104
		<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	110	MRESVIA (PF).....	83
		<i>microgestin 1/20 (21)</i>	110	MULTAQ.....	41
		<i>microgestin 24 fe</i>	110	<i>mupirocin</i>	65
		<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	110	MVASI.....	12

<i>mycophenolate mofetil</i>	78	NINLARO.....	13	<i>nymyo</i>	112
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	78	<i>nitazoxanide</i>	31	<i>nystatin</i>	123
<i>mycophenolate sodium</i>	78	<i>nitisinone</i>	181	<i>nystatin-triamcinolone</i>	123
<i>mynatal</i>	183	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	99	<i>nystop</i>	124
<i>mynatal advance</i>	183	<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	99	NYVEPRIA.....	180
<i>mynatal plus</i>	183	<i>nitroglycerin</i>	50, 92	<i>obstetrix dha</i>	183
<i>mynatal-z</i>	183	<i>niva-plus</i>	183	<i>obstetrix dha prenatal duo</i>	183
<i>mynate 90 plus</i>	183	NIVESTYM.....	180	<i>o-cal prenatal</i>	183
<i>nabumetone</i>	95	NORDITROPIN FLEXPRO.....	73	OCREVUS.....	56
<i>nafcillin</i>	103	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	111	OCREVUS ZUNOVO.....	56
<i>naloxone</i>	21	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	111	<i>octreotide acetate</i>	74
<i>naltrexone</i>	21	<i>norethindrone acetate</i>	75	ODEFSEY.....	128
<i>naproxen</i>	95	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	111	ODOMZO.....	13
<i>naratriptan</i>	29	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	111	OFEV.....	57
NATACYN.....	88	<i>norlyda</i>	111	<i>ofloxacin</i>	89
<i>nateglinide</i>	24	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	111	OGIVRI.....	13
NATPARA.....	51	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	111	OGSIVEO.....	13
NAYZILAM.....	116	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	112	OJEMDA.....	13
<i>neбиволol</i>	42	<i>nortriptyline</i>	121	OJJAARA.....	13
<i>nefazodone</i>	121	NORVIR.....	127, 128	<i>olanzapine</i>	37
<i>neomycin</i>	98	NOVOFINE 30.....	156	<i>olmesartan</i>	44
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	88	NOVOFINE 32.....	156	<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid</i>	44
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	88	NOVOFINE PLUS.....	156	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	44
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	88	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN.....	26	<i>olopatadine</i>	91
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	88	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100.....	27	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	47
<i>neo-polycin</i>	89	NOVOLIN N FLEXPEN.....	27	<i>omeprazole</i>	66
<i>neo-polycin hc</i>	89	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN.....	27	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS).....	156
NERLYNX.....	12	NOVOLIN R FLEXPEN.....	27	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5).....	156
<i>neuac</i>	65	NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN.....	27	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5).....	157
NEULASTA ONPRO.....	180	NOVOTWIST.....	156	OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS).....	157
<i>nevirapine</i>	127	NUBEQA.....	13	OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3).....	157
<i>newgen</i>	183	NUCALA.....	57	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	157
NEXLETOL.....	47	NULOJIX.....	78	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4).....	157
NEXLIZET.....	47	NUPLAZID.....	37	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4).....	157
NEXPLANON.....	111	NURTEC ODT.....	29		
<i>niacin</i>	47	<i>nyamyc</i>	123		
<i>niacor</i>	47	<i>nylia 1/35 (28)</i>	112		
NICOTROL NS.....	21	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	112		
<i>nifedipine</i>	45				
<i>nilutamide</i>	12				

OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	157	<i>pemetrexed</i>	14	<i>pirfenidone</i>	57, 58
<i>ondansetron</i>	30	<i>pemetrexed disodium</i>	14	<i>pirmella</i>	112
<i>ondansetron hcl</i>	30	PEMRYDI RTU.....	14	<i>pitavastatin calcium</i>	47
ONTRUZANT.....	13	PEN NEEDLE..	148, 157, 158, 160	PLEGRIDY.....	56
ONUREG.....	13	PEN NEEDLE, DIABETIC.....	140, 155, 157, 159, 160	<i>pnv 29-1</i>	183
OPDIVO.....	13	PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY.....	161	<i>pnv-dha + docusate</i>	183
OPDUALAG.....	13	PENBRAYA (PF).....	83	<i>pnv-omega</i>	183
OPSUMIT.....	93	PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF).....	83	<i>podofilox</i>	65
ORENCIA.....	78	PENBRAYA MENB COMPONENT (PF).....	83	<i>polycin</i>	89
ORENCIA (WITH MALTOSE)	78	<i>penicillamine</i>	98	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	89
ORENCIA CLICKJECT.....	78	<i>penicillin g potassium</i>	103	POMALYST.....	14
ORFADIN.....	181	<i>penicillin g procaine</i>	103	<i>portia 28</i>	112
ORGOVYX.....	74	<i>penicillin v potassium</i>	103	<i>posaconazole</i>	124
ORLISSA.....	74	PENTACEL (PF).....	84	<i>potassium chloride</i>	177, 178
ORKAMBI.....	57	<i>pentamidine</i>	31, 32	<i>potassium citrate</i>	178
ORSERDU.....	13	PENTIPS PEN NEEDLE.....	158	<i>pr natal 400</i>	183
<i>oseltamivir</i>	130	<i>pentoxifylline</i>	180	<i>pr natal 400 ec</i>	183
OTEZLA.....	78	<i>perindopril erbumine</i>	49	<i>pr natal 430</i>	183
OTEZLA STARTER.....	79	<i>periogard</i>	61	<i>pr natal 430 ec</i>	183
<i>oxandrolone</i>	70	<i>permethrin</i>	65	<i>pramipexole</i>	33
<i>oxcarbazepine</i>	117	<i>perphenazine</i>	37	<i>prasugrel</i>	180
<i>oxybutynin chloride</i>	69	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	121	<i>pravastatin</i>	47
<i>oxycodone</i>	96, 97	PERSERIS.....	37	<i>praziquantel</i>	32
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	97	<i>phenelzine</i>	121	<i>prazosin</i>	40
OZEMPIC.....	24	<i>phenobarbital</i>	117	<i>prednisolone</i>	72
<i>pacerone</i>	41	<i>phenytoin</i>	117	<i>prednisolone acetate</i>	91
<i>paclitaxel protein-bound</i>	13	<i>phenytoin sodium</i>	117	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	72
<i>paliperidone</i>	37	<i>phenytoin sodium extended</i>	117	<i>prednisone</i>	72
PANRETIN.....	65	PIFELTRO.....	128	<i>pregabalin</i>	117
<i>pantoprazole</i>	66	<i>pilocarpine hcl</i>	61, 87	PREHEVBRIO (PF).....	84
<i>paricalcitol</i>	51	<i>pimecrolimus</i>	63	PREMARIN.....	71
<i>paromomycin</i>	31	<i>pimozide</i>	37	PREMPHASE.....	71
<i>paroxetine hcl</i>	121	<i>pimtrea (28)</i>	112	PREMPRO.....	71
PAXLOVID.....	130	<i>pioglitazone</i>	24	<i>prenal true</i>	184
<i>pazopanib</i>	14	<i>pioglitazone-metformin</i>	24	<i>renaissance</i>	184
PEDIARIX (PF).....	83	PIP PEN NEEDLE.....	158	<i>renaissance plus</i>	184
PEDVAX HIB (PF).....	83	<i>piperacillin-tazobactam</i>	104	<i>renatabs fa</i>	184
<i>peg 3350-electrolytes</i>	68	PIQRAY.....	14	<i>prenatal 19</i>	184
PEGASYS.....	131			<i>prenatal 19 (with docusate)</i>	184
<i>peg-electrolyte soln</i>	68			<i>prenatal low iron</i>	184
PEMAZYRE.....	14			<i>prenatal plus</i>	184
				<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	183

<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	184	<i>protriptyline</i>	121	REYATAZ.....	128
<i>prenatal-u</i>	184	PULMOZYME.....	181	REZLIDHIA.....	15
<i>preplus</i>	184	PURE COMFORT ALCOHOL		REZUROCK.....	79
<i>pretab</i>	184	PADS.....	159	RHOPRESSA.....	87
<i>prevalite</i>	47	PURE COMFORT PEN		RIABNI.....	15
PREVENT DROPSAFE PEN		NEEDLE.....	159	<i>ribavirin</i>	131
NEEDLE.....	158	PURE COMFORT SAFETY		<i>rifabutin</i>	124
<i>previfem</i>	112	PEN NEEDLE.....	159	<i>rifampin</i>	124
PREVYMIS.....	130	PURIXAN.....	14	<i>rilpivirine</i>	128
PREZCOBIX.....	128	<i>pyrazinamide</i>	124	<i>riluzole</i>	56
PREZISTA.....	128	<i>pyridostigmine bromide</i>	92	RINVOQ.....	79
PRIFTIN.....	124	<i>pyrimethamine</i>	32	RINVOQ LQ.....	79
PRIMAQUINE.....	32	QINLOCK.....	14	<i>risperidone</i>	38
<i>primidone</i>	117	QUADRACEL (PF).....	84	<i>risperidone microspheres</i>	38
PRIORIX (PF).....	84	<i>quetiapine</i>	37	<i>ritonavir</i>	128
PRO COMFORT ALCOHOL		<i>quinapril</i>	49	RITUXAN HYCELA.....	15
PADS.....	158	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ... 49		<i>rivastigmine</i>	23
PRO COMFORT INSULIN		<i>quinidine sulfate</i>	41	<i>rivastigmine tartrate</i>	23
SYRINGE.....	158	<i>quinine sulfate</i>	32	<i>rizatriptan</i>	29
PRO COMFORT PEN		QULIPTA.....	29	<i>r-natal ob</i>	184
NEEDLE.....	159	RABAVERT (PF).....	84	ROCKLATAN.....	87
<i>probenecid</i>	28	<i>rabeprazole</i>	67	<i>roflumilast</i>	58
<i>probenecid-colchicine</i>	28	<i>raloxifene</i>	71	<i>ropinirole</i>	33
PROCALAMINE 3%.....	40	<i>ramipril</i>	49	<i>rosadan</i>	65
<i>prochlorperazine</i>	30	<i>ranolazine</i>	44	<i>rosuvastatin</i>	47
<i>prochlorperazine edisylate</i> ... 30, 37		<i>rasagiline</i>	33	ROTARIX.....	84
<i>prochlorperazine maleate</i>	30	RASUVO (PF).....	79	ROTATEQ VACCINE.....	85
<i>procto-med hc</i>	63	RAYALDEE.....	52	ROZLYTREK.....	15
<i>proctosol hc</i>	63	<i>reclipsen (28)</i>	112	RUBRACA.....	15
<i>proctozone-hc</i>	63	RECOMBIVAX HB (PF).....	84	<i>rufinamide</i>	117
PRODIGY INSULIN		RELENZA DISKHALER.....	131	RUKOBIA.....	128
SYRINGE.....	159	RELION NEEDLES.....	160	RUXIENCE.....	15
<i>progesterone micronized</i>	75	RELION PEN NEEDLES.....	160	RYBELSUS.....	25
PROGRAF.....	79	<i>repaglinide</i>	24	RYBREVANT.....	15
PROLIA.....	52	REPATHA PUSHTRONEX.....	47	RYDAPT.....	15
PROMACTA.....	180, 181	REPATHA SURECLICK.....	47	RYTELO.....	15
<i>promethazine</i>	30, 31	REPATHA SYRINGE.....	47	SAFESNAP INSULIN	
<i>promethegan</i>	31	RETACRIT.....	181	SYRINGE.....	160
<i>propafenone</i>	41	RETEVMO.....	14	SAFETY PEN NEEDLE.....	161
<i>propranolol</i>	42	RETROVIR.....	128	SANTYL.....	65
<i>propylthiouracil</i>	70	REVUFORJ.....	14	<i>sapropterin</i>	181
PROQUAD (PF).....	84	REXULTI.....	38	SAVELLA.....	56

SCSEMBLIX.....	15	SOLQUA 100/33.....	27	SURE COMFORT INS. SYR.	
<i>scopolamine base</i>	31	SOLTAMOX.....	15	U-100.....	161
SECUADO.....	38	SOMATULINE DEPOT.....	74	SURE COMFORT INSULIN	
SECURESAFE INSULIN		SOMAVERT.....	74	SYRINGE.....	161, 162
SYRINGE.....	161	<i>sorafenib</i>	15	SURE COMFORT PEN	
SECURESAFE PEN NEEDLE	161	<i>sorine</i>	42	NEEDLE.....	162
<i>select-ob</i>	184	<i>sotalol</i>	42	SURE COMFORT SAFETY	
<i>select-ob (folic acid)</i>	184	<i>sotalol af</i>	42	PEN NEEDLE.....	161
<i>selegiline hcl</i>	33	SPIRIVA RESPIMAT.....	60	SURE-FINE PEN NEEDLES	
<i>selenium sulfide</i>	65	<i>spironolactone</i>	48	.....	162, 163
SELZENTRY.....	128	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	48	SURE-JECT INSULIN	
SEMGLEE(INSULIN		SPRAVATO.....	121	SYRINGE.....	163
GLARGINE-YFGN).....	27	<i>sprintec (28)</i>	112	SURE-PREP ALCOHOL PREP	
SEMGLEE(INSULIN GLARG-		SPRITAM.....	117	PADS.....	163
YFGN)PEN.....	27	SPRYCEL.....	15, 16	SUTAB.....	68
<i>se-natal 19 chewable</i>	184	<i>sps (with sorbitol)</i>	68	SYMPAZAN.....	118
SEREVENT DISKUS.....	60	<i>sronyx</i>	112	SYMTUZA.....	129
SEROSTIM.....	74	<i>ssd</i>	65	SYNJARDY.....	25
<i>sertraline</i>	121	<i>stavudine</i>	128	SYNJARDY XR.....	25
<i>setlakin</i>	112	STELARA.....	80	SYNRIBO.....	16
SEZABY.....	117	STERILE PADS.....	161	SYRINGE WITH NEEDLE,	
<i>sf 5000 plus</i>	61	STIOLTO RESPIMAT.....	61	SAFETY.....	161
<i>sharobel</i>	112	STIVARGA.....	16	TABLOID.....	16
SHINGRIX (PF).....	85	STRENSIQ.....	181	TABRECTA.....	16
SIGNIFOR.....	74	<i>streptomycin</i>	99	<i>tacrolimus</i>	64, 80
<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	93	STRIBILD.....	128	<i>tadalafil</i>	93
<i>silver sulfadiazine</i>	65	STRIVERDI RESPIMAT.....	61	TAFINLAR.....	16
SIMBRINZA.....	87	<i>subvenite</i>	118	<i>tafluprost (pf)</i>	87
<i>simliya (28)</i>	112	<i>sucralfate</i>	67	TAGRISSO.....	16
<i>simvastatin</i>	47	<i>sulfacetamide sodium</i>	89	TALVEY.....	16
<i>sirolimus</i>	79	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	89	TALZENNA.....	16
SIRTURO.....	124	<i>sulfadiazine</i>	104	<i>tamoxifen</i>	16
SKY SAFETY PEN NEEDLE.	161	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	104	<i>tamsulosin</i>	69
SKYLA.....	112	<i>sulfasalazine</i>	51	<i>tarina 24 fe</i>	112
SKYRIZI.....	79, 80	<i>sulindac</i>	95	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	112
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	178	<i>sumatriptan</i>	29	<i>taron-c dha</i>	184
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	178	<i>sumatriptan succinate</i>	29, 30	<i>taron-prex prenatal-dha</i>	184
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	61	<i>sunitinib malate</i>	16	TASIGNA.....	16
<i>sodium oxybate</i>	52	SUNLENCA.....	128, 129	TAVNEOS.....	80
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	68	SURE COMFORT ALCOHOL		<i>tazarotene</i>	66
<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> ..	68	PREP PADS.....	162	<i>tazicef</i>	101
<i>solifenacin</i>	69			<i>taztia xt</i>	43

TAZVERIK.....	16	TICOVAC.....	85	TREMFYA PEN.....	80
TDVAX.....	85	<i>tigecycline</i>	105	TRESIBA FLEXTOUCH U-	
TECHLITE INSULIN		<i>tilia fe</i>	113	100.....	27
SYRINGE.....	164	<i>timolol maleate</i>	42, 87	TRESIBA FLEXTOUCH U-	
TECHLITE INSULN		<i>tinidazole</i>	32	200.....	27
SYR(HALF UNIT).....	163, 164	<i>tiotropium bromide</i>	61	TRESIBA U-100 INSULIN.....	28
TECHLITE PEN NEEDLE.....	164	TIVDAK.....	17	<i>tretinoin</i>	66
TECHLITE PLUS PEN		TIVICAY.....	129	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	17
NEEDLE.....	164	TIVICAY PD.....	129	<i>tri femynor</i>	113
TECVAYLI.....	16	<i>tizanidine</i>	182	<i>triamcinolone acetonide</i>	61, 64, 72
TEFLARO.....	101	TOBI PODHALER.....	99	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	48
<i>telmisartan</i>	44	<i>tobramycin</i>	89	<i>triazolam</i>	22
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	45	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	99	<i>trientine</i>	98
<i>temazepam</i>	22	<i>tobramycin sulfate</i>	99	<i>tri-estarylla</i>	113
TEMIXYS.....	129	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	89	<i>trifluoperazine</i>	38
TENIVAC (PF).....	85	<i>tolterodine</i>	69	<i>trifluridine</i>	89
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	129	TOPCARE CLICKFINE.....	165	<i>trihexyphenidyl</i>	33
TEPMETKO.....	16	TOPCARE ULTRA		TRIJARDY XR.....	25
<i>terazosin</i>	69	COMFORT.....	166	<i>tri-legest fe</i>	113
<i>terbinafine hcl</i>	124	<i>topiramate</i>	118	<i>tri-linyah</i>	113
<i>terconazole</i>	98	<i>toposar</i>	17	<i>tri-lo-estarylla</i>	113
<i>teriparatide</i>	52	<i>toremifene</i>	17	<i>tri-lo-marzia</i>	113
TERUMO INSULIN		<i>torpenz</i>	17	<i>tri-lo-mili</i>	113
SYRINGE.....	165	<i>torse mide</i>	48	<i>tri-lo-sprintec</i>	113
<i>testosterone</i>	70	TOUJEO MAX U-300		<i>trimethoprim</i>	99
<i>testosterone cypionate</i>	70	SOLOSTAR.....	27	<i>tri-mili</i>	113
<i>testosterone enanthate</i>	70	TOUJEO SOLOSTAR U-300		<i>trimipramine</i>	121
TETANUS,DIPHThERIA		INSULIN.....	27	TRINTELLIX.....	121
TOX PED(PF).....	85	TRADJENTA.....	25	<i>tri-nymyo</i>	113
<i>tetrabenazine</i>	56	<i>tramadol</i>	97	<i>tri-previfem (28)</i>	113
<i>tetracycline</i>	105	<i>tramadol-acetaminophen</i>	97	<i>tri-sprintec (28)</i>	113
TEVIMBRA.....	16	<i>trandolapril</i>	49	TRIUMEQ.....	129
THALOMID.....	92	<i>trandolapril-verapamil</i>	49	TRIUMEQ PD.....	129
<i>theophylline</i>	61	<i>tranexamic acid</i>	178	<i>triveen-duo dha</i>	184
THINPRO INSULIN		<i>tranylcypro mine</i>	121	<i>trivora (28)</i>	113
SYRINGE.....	165	<i>travoprost</i>	87	<i>tri-vylibra</i>	113
<i>thioridazine</i>	38	TRAZIMERA.....	17	<i>tri-vylibra lo</i>	113
<i>thiothixene</i>	38	<i>trazodone</i>	121	TRIZIVIR.....	129
<i>tiadylt er</i>	43	TRECATOR.....	124	TROGARZO.....	129
<i>tiagabine</i>	118	TRELEGY ELLIPTA.....	61	<i>tros pium</i>	69
TIBSOVO.....	16	TRELSTAR.....	17	TRUE COMFORT ALCOHOL	
TICE BCG.....	17	TREMFYA.....	80	PADS.....	166

TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	166	ULTILET INSULIN SYRINGE	151, 170, 171	<i>valacyclovir</i>	131
TRUE COMFORT PEN NEEDLE.....	166, 167	ULTILET PEN NEEDLE.....	171	VALCHLOR.....	65
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS.....	167	ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT).....	149, 161	<i>valganciclovir</i>	131
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE.....	166, 167	ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE.....	143, 149, 171	<i>valproate sodium</i>	118
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG.....	166, 167	ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT).....	171	<i>valproic acid</i>	118
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	166	ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....	172	<i>valproic acid (as sodium salt)</i> ..	118
TRUEPLUS INSULIN.....	168	ULTRA FLO PEN NEEDLE	171, 172	<i>valsartan</i>	45
TRUEPLUS PEN NEEDLE	167, 168	ULTRA THIN PEN NEEDLE.	172	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ...	45
TRULICITY.....	25	ULTRACARE INSULIN SYRINGE.....	172, 173	VALTOCO.....	118
TRUMENBA.....	85	ULTRACARE PEN NEEDLE.	173	<i>vancomycin</i>	100
TRUQAP.....	17	ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR.....	173	VANFLYTA.....	17
TRUSELTIQ.....	17	ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL.....	173	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE.....	175
TRUXIMA.....	17	ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES.....	173	VANISHPOINT SYRINGE.....	175
TUKYSA.....	17	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE.....	173	VAQTA (PF).....	85, 86
TURALIO.....	17	UNIFINE PEN NEEDLE.....	174	<i>varenicline</i>	21
<i>turqoz (28)</i>	113	UNIFINE PENTIPS.....	157, 174	VARIVAX (PF).....	86
TWINRIX (PF).....	85	UNIFINE PENTIPS MAXFLOW.....	174	VAXCHORA VACCINE.....	86
TYBOST.....	93	UNIFINE PENTIPS PLUS	174, 175	VEGZELMA.....	18
TYMLOS.....	52	UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW.....	174	VELTASSA.....	68
TYPHIM VI.....	85	UNIFINE PROTECT.....	175	VELLIDY.....	129
UBRELVY.....	30	UNIFINE SAFECONTROL.....	175	VENCLEXTA.....	18
ULTICARE.....	169, 170	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	175	VENCLEXTA STARTING PACK.....	18
ULTICARE INSULIN SYRINGE.....	169	UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....	175	<i>venlafaxine</i>	122
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT).....	168	UPTRAVI.....	93	VEOZAH.....	93
ULTICARE PEN NEEDLE.....	169	<i>ursodiol</i>	68	<i>verapamil</i>	43
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE.....	169	UZEDY.....	38, 39	VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	176
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR.....	170			VERIFINE PEN NEEDLE.....	176
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE.....	170			VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	176
ULTILET ALCOHOL SWAB.	170			VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP.....	176
				VERQUVO.....	44
				VERSACLOZ.....	39
				VERSALON.....	176
				VERZENIO.....	18
				V-GO 20.....	176
				V-GO 30.....	177
				V-GO 40.....	177
				<i>vienna</i>	113

<i>vigabatrin</i>	118	XCOPRI.....	118, 119	ZOLADEx.....	20
<i>vigadrone</i>	118	XCOPRI MAINTENANCE		ZOLINZA.....	20
<i>vigpoder</i>	118	PACK.....	118	<i>zolpidem</i>	52
<i>vilazodone</i>	122	XCOPRI TITRATION PACK..	119	ZONISADE.....	119
<i>vinorelbine</i>	18	XDEMVY.....	89	<i>zonisamide</i>	119
<i>viorele (28)</i>	114	XELJANZ.....	80	<i>zovia 1-35 (28)</i>	114
VIRACEPT.....	129	XELJANZ XR.....	80	ZTALMY.....	119
VIREAD.....	129	XERMELO.....	68	ZTLIDO.....	97
<i>virt-c dha</i>	184	XGEVA.....	52	ZURZUVAE.....	122
<i>virt-nate dha</i>	185	XIFAXAN.....	100	ZYDELIG.....	20
<i>virt-pn dha</i>	185	XIGDUO XR.....	25	ZYKADIA.....	20
<i>virt-pn plus</i>	185	XIIDRA.....	91	ZYLET.....	89
<i>vitafol gummies</i>	185	XOLAIR.....	58	ZYNLONTA.....	20
<i>vitafol nano</i>	185	XOSPATA.....	19	ZYNYZ.....	20
<i>vitafol-ob+dha</i>	185	XPOVIO.....	19	ZYPREXA RELPREVV.....	39
VITRAKVI.....	18	XTANDI.....	19		
VIZIMPRO.....	18	<i>xulane</i>	114		
VOCABRIA.....	129	XULTOPHY 100/3.6.....	28		
<i>volnea (28)</i>	114	XYOSTED.....	70		
VONJO.....	18	YERVOY.....	19		
VORANIGO.....	18	YF-VAX (PF).....	86		
<i>voriconazole</i>	124	YONSA.....	19		
VOSEVI.....	130	<i>yuvafem</i>	71		
VOWST.....	93	<i>zafemy</i>	114		
<i>vp-ch-pnv</i>	185	<i>zafirlukast</i>	59		
<i>vp-pnv-dha</i>	185	<i>zaleplon</i>	52		
VRAYLAR.....	39	<i>zatean-pn dha</i>	185		
VUMERITY.....	56	<i>zatean-pn plus</i>	185		
VYALEV.....	33	ZEGALOGUE			
<i>vylibra</i>	114	AUTOINJECTOR.....	93		
VYLOY.....	18	ZEGALOGUE SYRINGE.....	93		
VYZULTA.....	87	ZEJULA.....	19		
<i>warfarin</i>	179	ZELBORAF.....	19		
WEBCOL.....	177	<i>zenatane</i>	65		
WELIREG.....	18	ZENPEP.....	182		
WINREVAIR.....	58	<i>zidovudine</i>	129		
<i>wixela inhub</i>	59	ZIIHERA.....	19		
XALKORI.....	18, 19	<i>zingiber</i>	185		
XARELTO.....	179	<i>ziprasidone hcl</i>	39		
XARELTO DVT-PE TREAT		<i>ziprasidone mesylate</i>	39		
30D START.....	179	ZIRABEV.....	20		
XATMEP.....	19	ZIRGAN.....	89		

Aviso sobre requisitos de no discriminación y accesibilidad

La discriminación es contra la ley

ATRIO Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATRIO Health Plans no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. ATRIO Health Plans:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes cualificados
 - Información redactada en otros idiomas

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

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

ATRIO Compliance Officer:

550 Hawthorne Avenue, Suite 140, Salem, OR 97301

1-877-672-8620 (TTY 711)

Presentar una queja ante la línea directa de cumplimiento de ATRIO:

1-877-309-9952 or compliance@atriohp.com

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

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

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ខ្មែរ (Cambodian) - ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាសោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកមានសំណប់បំណែង។ ចុះទូរស័ព្ទ 1-877-672-8620 (TTY: 711)។

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

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

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

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

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

Inserción en varios idiomas

Servicios de interpretación en varios idiomas

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

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

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

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

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

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

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-672-8620 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 1-877-672-8620. 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 1-877-672-8620 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

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

Arabic: لنزول قدم خدمات المترجم فوري لمجربي في إل حجة عن أي أسئلة تتعلق قبل الصراحة أو جدول أل دني ثلينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-672-8620 سيقي من شخص م يتحدث ال عربي قبم س اعنتك. 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 1-877-672-8620 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

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

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

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

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

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

Este formulario se actualizó el 12/31/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con ATRIO Health Plans al 1-877-672-8620 (TTY 711), todos los días de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, o visite atriohp.com.