



Formulario Completo 2023

Oregon

Condados de Douglas, Klamath, Marion y Polk

ATRIO Special Needs Plans (HMO D-SNP)

1 de Enero de 2023 - 31 de Diciembre de 2023



ATRIO Special Needs Plan (HMO D-SNP) ATRIO Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP)

Lista de medicamentos cubiertos 2023

LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Presentación del archivo de la lista de medicamentos
cubiertos aprobado por HPMS 23350, número de versión 18

La lista de medicamentos cubiertos se actualizó el 10/24/2023.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina (Parte D) - No pagará más de \$ 35, mientras esté en la brecha de cobertura, por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costos compartidos se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de ATRIO Health Plans llamando al **1-877-672-8620** (TTY 711), todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, o visite atriohp.com/oregon/find-a-drug.

Nota para los miembros existentes: Esta lista de medicamentos cubiertos ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía tenga los medicamentos que usted toma.

Cuando en esta lista de medicamentos cubiertos diga “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa ATRIO Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa ATRIO Choice Rx (PPO), ATRIO Select Rx (PPO) o ATRIO Prime Rx (PPO).

Este documento incluye una lista de medicamentos cubiertos de nuestro plan, que está actualizada hasta el 11/01/2023. Para obtener una lista de medicamentos cubiertos actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las portadas y contraportadas.

Generalmente debe usar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, la lista de medicamentos cubiertos, la red de farmacias o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024 y ocasionalmente durante el año.

¿Qué es la Lista de medicamentos cubiertos de ATRIO Health Plans?

La lista de medicamentos cubiertos son los medicamentos que ATRIO Health Plans selecciona consultándolo con un equipo de proveedores de atención médica, que representan las terapias recetadas que se cree que son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. ATRIO Health Plans generalmente cubre los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos durante el tiempo que el medicamento sea medicamento necesario, se adquiera en una farmacia de la red de ATRIO Health Plans y se cumplan otras normas del plan. Para obtener más información de cómo surtir sus medicamentos con receta revise la *Evidencia de cobertura*.

¿Puede cambiar la lista de medicamentos cubiertos?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se hacen el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos de la Lista durante el año, cambiarlos a diferentes niveles de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Debemos cumplir las normas de Medicare para hacer esos cambios.

Cambios que pueden afectarlo este año. Los cambios durante el año en la cobertura pueden afectarlo en estos casos:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos retirar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo estamos sustituyendo con un nuevo medicamento genérico que estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir que conservaremos el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de gasto compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, puede ser que no le avisemos con antelación antes de hacer ese cambio, pero después le daremos la información sobre los cambios específicos que hicimos.
 - Si hacemos uno de esos cambios, usted o el proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le daremos incluirá la información de las medidas que puede tomar para solicitar una excepción y también hay información en la sección de abajo titulada “¿Cómo solicito una excepción de la lista de medicamentos cubiertos de ATRIO Health Plans?”
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestra lista de medicamentos cubiertos no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitaremos inmediatamente de nuestra lista de medicamentos cubiertos y les avisaremos a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que toman actualmente un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para sustituir un medicamento de marca que está actualmente en la lista de medicamentos cubiertos o nuevas restricciones para el medicamento de marca o pasarlo a un nivel de costos compartidos diferente, o ambos. O podemos hacer cambios basándonos en nuevas directrices clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestra lista de medicamentos cubiertos, agregamos autorización previa, limitamos cantidades o incluimos restricciones de terapia escalonada en un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos avisar del cambio a los miembros afectados con un mínimo de 30 días de antelación a que entre en vigencia el cambio o en el momento en que el miembro pida un resurtido del medicamento, cuando se le dará un suministro de 30 días del medicamento.
 - Si hacemos estos otros cambios, usted o el proveedor que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le daremos incluirá la información de cómo solicitar una excepción y también hay información en la sección de abajo titulada “¿Cómo solicito una excepción de la lista de medicamentos cubiertos de ATRIO Health Plans?”

Cambios que no lo afectarán si está tomando actualmente el medicamento. En general, si está tomando un medicamento de nuestra lista de medicamentos cubiertos 2022 que estaba cubierto a principios del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2023, excepto

como se describió arriba. Esto significa que esos medicamentos continuarán disponibles con los mismos costos compartidos y sin nuevas restricciones para los miembros que los estén tomando por el resto del año de cobertura. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del siguiente año lo afectarían tales cambios y es importante que revise en la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios si hubo algún cambio en los medicamentos.

La lista de medicamentos cubiertos adjunta está actualizada hasta el 11/01/2023. Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por ATRIO Health Plans. Nuestra información de contacto está en las páginas de la portada y la contracubierta.

ATRIO Health Plans actualizará mensualmente las listas de medicamentos cubiertos y presentará un documento con los cambios que se hicieron. La 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 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

¿Cómo uso la Lista de medicamentos cubiertos?

Hay dos maneras de buscar el medicamento en la lista de medicamentos cubiertos:

Condición médica

La lista de medicamentos cubiertos empieza en la página 1. Los medicamentos en esta lista de medicamentos cubiertos están agrupados en categorías según el tipo de condición médica para las que se usan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar una condición del corazón están bajo la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si usted sabe para qué se usa el medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego búsquelo bajo el nombre de la categoría de su medicamento.

Listado en orden alfabético

Si no está seguro de la categoría donde tiene que buscar, deberá buscar el medicamento en el Índice que empieza en la página I-1. El índice tiene una lista en orden alfabético de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. En el Índice está la lista de medicamentos de marca y genéricos. Busque en el Índice para encontrar el medicamento. Al lado del medicamento está el número de la página donde está la información de la cobertura. Vaya a la página listada en el Índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son medicamentos genéricos?

ATRIO Health Plans cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. La FDA aprueba el medicamento genérico por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener más requisitos o límites en la cobertura. Esos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** ATRIO Health Plans exige que usted o su médico obtengan la autorización previa para ciertos medicamentos. Eso significa que necesitará obtener la aprobación de ATRIO Health Plans antes de surtir los medicamentos. Si no obtiene la aprobación, ATRIO Health Plans puede no cubrir el medicamento.
- **Límites de cantidad:** ATRIO Health Plans limita la cantidad del medicamento que cubrirá de determinados medicamentos. Por ejemplo, ATRIO Health Plans cubre 30 por receta para simvastatin. Esto puede ser además del suministro estándar de un mes o de tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, ATRIO Health Plans le exige que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar la condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B sirven para tratar la condición médica que tiene, ATRIO Health Plans podría no cubrir el Medicamento B, a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no le funciona, ATRIO Health Plans cubrirá entonces el Medicamento B.

- **Revisión de la Parte B vs. parte D:** algunos medicamentos están cubiertos como parte de su parte B médica cobertura, y otros están cubiertos por su cobertura de la Parte D.

Puede saber si el medicamento tiene algún otro requisito o límite buscando en la lista de medicamentos cubiertos que empieza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea donde se explica nuestra autorización previa y las restricciones de la terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización de la lista de medicamentos cubiertos, está en la portada y en la contracubierta.

Puede pedirle a ATRIO Health Plans que hagan una excepción a esas restricciones o límites, o una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición médica. Vea la sección “¿Cómo solicito una excepción de la lista de medicamentos cubiertos de ATRIO Health Plans?” en la página v para obtener información de cómo solicitar una excepción.

¿Qué son medicamentos de venta libre (OTC)?

Los medicamentos de venta libre son medicamentos sin receta que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamento con receta de Medicare. ATRIO Health Plans paga ciertos medicamentos de venta libre. ATRIO Health Plans dará esos medicamentos de venta libre sin costo para usted. El costo de estos medicamentos de venta libre para ATRIO Health Plans no contará para sus costos totales de medicamentos de la Parte D (es decir, la cantidad que usted paga no cuenta para el período sin cobertura).

Medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos

ATRIO cubre una cantidad limitada de medicamentos de venta libre según la lista de medicamentos cubiertos (que se muestran en la tabla de abajo).

Lista de medicamentos de venta libre cubiertos

Genérico Nombre	Nombre de la marca - Solo por referencia (ATRIO solo cubre genéricos como OTC)	Forma de dosificación
Cetirizine	(Zyrtec)	Chewable Tablet, Solution, Tablet
Cetirizine/Pseudoephedrine	(Zyrtec-D)	12 Hour Tablet

Fexofenadine	(Allegra)	12 Hour Tablet, 24 Hour Tablet, Tablet Rapids, Suspension
Fexofenadine/Pseudoephedrine	(Allegra-D)	12 Hour Tablet, 24 Hour Tablet
Ketotifen	(Zaditor)	Ophthalmic Drops
Levocetirizine	(Xyzal)	Tablet
Loratadine	(Claritin)	Solution, Tablet, Tablet Rapids, Chewable Tablet
Loratadine/Pseudoephedrine	(Claritin-D)	12 Hour Tablet, 24 Hour Tablet
Nicotine	(Nicorelief, Nicoderm)	Patch, Gum, Lozenge
Olopatadine	(Pataday)	Ophthalmic Drops

Sin embargo, ATRIO Health Plans tiene cobertura de otros beneficios en medicamentos de venta libre. Usted recibirá un crédito trimestral por cualquier artículo de venta libre que elija del catálogo. El catálogo está en nuestro sitio web en atriohp.com/extra-benefits. También puede llamar al **1-855-253-5768** para obtener más información.

La Administración de Alimentos y Medicamentos reporta que los medicamentos de venta libre son seguros siempre que se tomen como está indicado. **Algunos productos pueden ahorrarle dinero ofreciendo efectos terapéuticos similares.**

Hable con su proveedor de atención médica para saber si esa es la opción adecuada para usted. Estos son algunos ejemplos de medicamentos de venta libre populares que están disponibles mediante el catálogo:

- Analgésicos, incluyendo Tylenol (acetaminofén), ibuprofeno, parche de lidocaína y diclofenaco en gel
- Medicamentos para acidez, incluyendo Tums, Pepcid AC y Prisolec (omeprazole)
- Antihistamínicos/descongestionantes para síntomas de alergia o resfriado
- Gotas de ojos para lubricar o limpiar

¿Qué sucede si el medicamento no está en la lista de medicamentos cubiertos?

Si un medicamento no está incluido en esta lista de medicamentos cubiertos, deberá comunicarse primero con Servicio al Cliente y preguntar si el medicamento está cubierto.

Si resulta que ATRIO Health Plans no cubre el medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicio al Cliente la 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 pedirle a ATRIO Health Plans que haga una excepción y cubra el medicamento. Vea abajo la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción de la lista de medicamentos cubiertos de ATRIO Health Plans?

Puede pedirle a ATRIO Health Plans que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aun si no está en la lista de medicamentos cubiertos. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto en un nivel de costo compartido predeterminado y usted no podrá pedirnos que cubramos el medicamento en un nivel de costos compartidos más bajo.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento de la lista de medicamentos cubiertos en un nivel de costos compartidos más bajo (si el medicamento no está en un nivel de especialidad). Si se aprueba, esto disminuiría la cantidad que usted debe pagar por el medicamento.
- Puede pedirnos que renunciemos a las restricciones o límites de cobertura del medicamento. Por ejemplo, ATRIO Health Plans limita la cantidad que cubriremos de ciertos medicamentos. Si el medicamento que usted toma tiene límite de cantidad, puede pedirnos que renunciemos al límite y cubramos una cantidad mayor.

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

Debe comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura inicial para una excepción de la lista de medicamentos cubiertos. **Cuando solicite una excepción de la lista de medicamentos cubiertos, deberá enviar una declaración del proveedor que receta o del médico apoyando la solicitud.**

Normalmente debemos tomar la decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo del proveedor que receta. Puede solicitar una excepción expedita (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría perjudicarse seriamente por esperar hasta 72 horas para una decisión. Si se autoriza su solicitud de acelerar el proceso, debemos darle una decisión no más tarde de 24 horas después de que recibamos la declaración de apoyo de su médico o de otro proveedor que receta.

¿Qué debo hacer antes de que pueda hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o pedir una excepción?

Como miembro nuevo o que continúa en nuestro plan puede estar tomando medicamentos que no estén en nuestra lista de medicamentos cubiertos. También puede estar tomando un medicamento que está en nuestra lista de medicamentos cubiertos, pero su capacidad de obtenerlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite nuestra autorización previa antes de que pueda surtir su medicamento con receta. Es necesario que hable con su médico para decidir si deberá cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción de la lista de medicamentos cubiertos para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su médico para determinar el procedimiento adecuado para usted, en ciertos casos podemos cubrir el medicamento durante los primeros 90 días como miembro de nuestro plan.

Por cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestra lista de medicamentos cubiertos o si su capacidad de obtenerlos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar un suministro de medicamento para un máximo de 30 días. Después del primer suministro de 30 días, no pagaremos esos medicamentos aun si usted 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 está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o si su capacidad de 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 busca obtener una excepción de la lista de medicamentos cubiertos.

Si está ingresando o le están dando el alta de un centro, cubriremos los “resurtidos iniciales” de medicamentos cubiertos anteriormente según sea necesario para el ingreso o el alta del centro.

Para obtener más información

Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos con receta de ATRIO Health Plans, revise la *Evidencia de cobertura* y otro material del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre ATRIO Health Plans, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha más reciente de actualización de la lista de medicamentos cubiertos, está en la portada y en la contracubierta.

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

Lista de medicamentos cubiertos de ATRIO Health Plans

La lista de medicamentos cubiertos de abajo tiene información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por ATRIO Health Plans. Si tiene dificultad para encontrar un medicamento en la lista, vaya al Índice que empieza en la página I-1.

En la primera columna del cuadro está el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (por ejemplo, CRESTOR) y los medicamentos genéricos están en letra cursiva y minúsculas (por ejemplo, *rosuvastatin*).

La información en la columna de “Requisitos/límites” le dice si ATRIO Health Plans tiene algún requisito especial para cubrir el medicamento.

NIVELES DE COSTOS COMPARTIDOS

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

LIS 1	Genéricos \$4.15 De marca y el resto de medicamentos \$10.35
-------	---

LIS 2	Genéricos \$1.45 De marca y el resto de medicamentos \$4.30
-------	--

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

Si no está seguro del nivel en el que está, recibirá una "Cláusula adicional de LIS" que le permitirá saber, una vez esté inscrito en un plan.

Las siguientes abreviaturas de restricción de la Administración del uso pueden encontrarse en la columna titulada “Requisitos/límites” en la lista de medicamentos que sigue.

ABREVIATURAS DE COBERTURA

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
LA	Medicamento de acceso limitado	Este medicamento con receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información consulte el Directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente al 1-877-672-8620 (TTY 711), todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 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 que no sea de período prolongado	Este medicamento no está disponible para un suministro de 90 días.
NM	No se puede pedir por correo	Este medicamento no está disponible para farmacia por correo.
PA	Restricción de autorización previa	Usted (o su médico) está obligado a obtener autorización previa de ATRIO Health Plans antes de surtir su receta de este medicamento. Sin aprobación previa, ATRIO Health Plans puede no cubrir este medicamento.
PA BvD	Restricción de autorización previa para Determinación de la Parte B vs. Parte D	Este medicamento puede ser elegible para pago según la Parte B o la Parte D de Medicare. Usted (o su médico) está obligado a obtener autorización previa de ATRIO Health Plans para determinar que este medicamento esté cubierto por la Parte D de Medicare antes de surtir la receta del medicamento. Sin aprobación previa, ATRIO Health Plans puede no cubrir este medicamento.
PA NSO	Restricción de autorización previa solo para nuevos miembros	Si usted es miembro nuevo o si no ha tomado este medicamento antes, usted (o su médico) está obligado a obtener autorización previa de ATRIO Health Plans antes de surtir su receta de este medicamento. Sin aprobación previa, ATRIO Health Plans puede no cubrir este medicamento.
QL	Restricción de límite de cantidad	ATRIO Health Plans limita la cantidad de este medicamento que está cubierto según la receta o en un período de tiempo específico.
ST	Restricción de la terapia escalonada	Antes de que ATRIO Health Plans cubra este medicamento, primero debe probar otros medicamentos para tratar su condición médica. Este medicamento solo se puede cubrir si los otros medicamentos no le funcionan.



Aviso sobre requisitos de no discriminación y accesibilidad

La discriminación es ilegal

ATRIO Health Plans cumple las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. ATRIO Health Plans no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

ATRIO Health Plans:

- Ayuda y presta servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de los servicios listados arriba, comuníquese gratis con el Servicio de atención al cliente de ATRIO al 1-877-672-8620, todos los días de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si cree que ATRIO Health Plans no prestó estos servicios o que lo discriminó de otra forma por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal en:

ATRIO Compliance Officer
2965 Ryan Drive SE
Salem, OR 97301
1-877-672-8620

Presente una queja con la línea directa de cumplimiento de ATRIO: 1-877-309-9952
compliance@atriohp.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, comuníquese gratis con Servicio al cliente 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 de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights), electrónicamente mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al:

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

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	19
Agentes Antiansiedad	20
Agentes Antidemencia	21
Agentes Antidiabetico	21
Agentes Antigota	27
Agentes Antimigraña	27
Agentes Antinausea	29
Agentes Antiparasitarios	31
Agentes Antiparkinson	32
Agentes Antipsicóticos	34
Agentes Calóricos	40
Agentes Cardiovasculares	43
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	56
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	57
Agentes De Trastorno De Sueño	58
Agentes Del Sistema Nervioso Central	59
Agentes Del Tracto Respiratorio	64
Agentes Dentales Y Orales	69
Agentes Dermatológicos	70
Agentes Gastrointestinales	76
Agentes Genitourinarios	80
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	81
Agentes Inmunológicos	88
Agentes Oftálmicos	101
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	102
Agentes Terapeuticos Misceláneos	107
Agentes Vasodilatadores	109
Analgésicos	110
Anestésicos	115
Antagonistas De Metales Pesados	116
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	117
Antibacterianos	117
Anticonceptivos	125
Anticonvulsivos	136
Antidepresivos	141

Antifúngicos.....	145
Antihistamínicos.....	147
Antimicobacteriales.....	147
Antivirales (Sitémico).....	148
Dispositivos.....	156
Preparaciones De Reemplazo.....	204
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	206
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	210
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	211
Vitaminas Y Minerales.....	212

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zytiga)	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG (paclitaxel protein-bound)	1	PA BvD; NDS
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 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)
ALIMTA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG (pemetrexed disodium)	1	NDS
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	
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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bendamustine intravenous recon soln</i> (Treanda) 100 mg, 25 mg	1	PA NSO; NDS
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</i>	1	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 2.5 mg</i>	1	PA NSO; NDS
BORTEZOMIB INTRAVENOUS RECON SOLN 3.5 MG	1	PA NSO; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NDS; QL (90 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CAPRELSA ORAL TABLET 100 (vandetanib) MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 (vandetanib) MG	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 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
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NDS
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 28 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
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	1	PA BvD

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> (Doxil) <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 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 (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Tarceva)	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	1	PA NSO; NDS; 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

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> (Afinitor)	1	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Afinitor)	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)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	1	PA NSO; NDS
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin)	1	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 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
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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GLEOSTINE ORAL CAPSULE (lomustine) 10 MG, 100 MG, 40 MG	1	
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)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	1	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	1	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 560 MG	1	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NDS
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML	1	PA NSO; QL (4 per 365 days)
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)
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
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NDS; QL (8 per 21 days)
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	1	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
<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 X 2), 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	
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; NDS
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)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 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
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 4 MG, 4 MG (4X 4 MG TB), 4 MG (5X 4 MG TB)	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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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
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

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 (Abraxane) suspension for reconstitution 100 mg</i>	1	PA BvD; NDS
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 750 mg</i>	1	NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	1	NDS
<i>pemetrexed intravenous recon soln 1 gram, 100 mg, 500 mg</i>	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)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	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)
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)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	1	PA NSO; NDS
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	1	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	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 (thioguanine) 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
TAGRISSE 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)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	1	NDS
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; NDS
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	1	NDS
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3)	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
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NDS
VELCADE INJECTION RECON SOLN 3.5 MG (bortezomib)	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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
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)
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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (drlec) 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)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	1	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	1	
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	1	ST; QL (2688 per 365 days)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg</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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
<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 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 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>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	1	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	NDS; QL (30 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	1	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	1	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i> (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> (Namenda)	1	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> (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	QL (90 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	1	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5- 850 MG	1	QL (60 per 30 days)
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)
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	1	PA; NDS; QL (112 per 28 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)
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	QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	1	QL (3 per 28 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	1	QL (1.5 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus MET)	1	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	1	QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	1	PA; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	1	PA; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5- 1,000 MG, 5-500 MG	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	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML)	1	QL (9 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10- 1,000 MG, 10-500 MG	1	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5- 1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (24 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70- 30)	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U- 100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	1	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 (insulin asp prt-insulin INSULN SUBCUTANEOUS aspart) SOLUTION 100 UNIT/ML (70- 30)	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 (insulin asp prt-insulin SUBCUTANEOUS INSULIN aspart) PEN 100 UNIT/ML (70-30)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN (insulin aspart u-100) ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN (insulin glargine-yfgn) GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine-yfgn) 1	QL (30 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	1	QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	1	QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	1	QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release (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> (Glynase)	1	
<i>glyburide oral tablet 1.25 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>glyburide-metformin oral tablet</i> 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg	1	
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i> (Zyloprim)	1	
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>colchicine (gout) oral tablet 0.6 mg</i> (Colcris)	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	1	ST; QL (30 per 30 days)
MITIGARE ORAL CAPSULE (colchicine (gout)) 0.6 MG	1	QL (60 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>probenecid-colchicine oral tablet</i> 500-0.5 mg	1	
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 injection solution</i> 1 mg/ml	1	QL (24 per 28 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-</i> (Migranal) <i>aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	1	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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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 (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating</i> (Maxalt-MLT) 10 mg	1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating</i> 5 mg	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol</i> (Imitrex) 20 mg/lactuation	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol</i> (Imitrex) 5 mg/lactuation	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet</i> (Imitrex) 100 mg	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25</i> (Imitrex) <i>mg, 50 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> (Imitrex STATdose <i>cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> Refill)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> (Imitrex STATdose <i>pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5</i> Pen) <i>ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> (Imitrex) <i>solution 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> <i>syringe 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet</i> (Treximet) 85-500 mg	1	QL (9 per 27 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (16 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5</i> (Zomig) <i>mg</i>	1	QL (6 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (6 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS RECON SOLN 235-0.25 MG	1	
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS SOLUTION 235 MG-0.25 MG /20 ML	1	
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG	1	PA BvD
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION 7.2 MG/ML	1	QL (4.4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (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>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	1	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>fosaprepitant intravenous recon soln 150 mg</i> (Emend (fosaprepitant))	1	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml</i>	1	
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	1	PA BvD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	1	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	1	
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	1	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Phenergan)	1	
<i>promethazine injection solution 50 mg/ml</i> (Phenergan)	1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Promethegan)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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 200 mg</i> (Plaquenil)	1	QL (90 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	
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	1	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	1	NDS
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	1	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	1	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	1	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	1	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	1	PA; QL (42 per 7 days)
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>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i> (APOKYN)	1	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel)	1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	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>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i> (Stalevo 50)	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg</i> (Stalevo 75)	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg</i> (Stalevo 100)	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg</i> (Stalevo 125)	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg</i> (Stalevo 150)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 200) <i>tablet 50-200-200 mg</i>	1	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i> (Comtan)	1	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	1	PA; NDS; QL (300 per 30 days)
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
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	1	QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg,</i> (Mirapex) <i>0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5</i> <i>mg</i>	1	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	1	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5</i> <i>mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>ropinirole oral tablet extended</i> <i>release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6</i> <i>mg, 8 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4</i> <i>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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	1	NDS; QL (1 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	1	NDS; QL (1 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	1	
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</i> (Abilify)	1	QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	1	ST; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	1	ST; NDS; 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 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	1	NDS; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	1	NDS; QL (2.4 per 28 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	1	NDS; QL (3.2 per 28 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)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	1	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular (Haldol Decanoate) solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	1	NDS; QL (3.5 per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	1	NDS; QL (5 per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	1	NDS; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	1	NDS; QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	1	NDS; QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	NDS; QL (0.5 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	1	NDS; QL (0.88 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	1	NDS; QL (1.32 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	1	NDS; QL (1.75 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	1	NDS; QL (2.63 per 84 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	1	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	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	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, 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	1	QL (30 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
PERSERIS ABDOMINAL 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>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel XR)	1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	1	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	1	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	1	QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>risperidone oral tablet, disintegrating</i> 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	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</i> 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
<i>thiothixene oral capsule</i> 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	1	
<i>trifluoperazine oral tablet</i> 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	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)
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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Geodon)	1	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i> (Geodon)	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		
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	1	PA BvD
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
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
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 10 % in water (d10w)</i> <i>intravenous parenteral solution 10 %</i>	1	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous piggyback 5 %</i>	1	
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	1	PA BvD
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	1	PA BvD
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	1	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	PA BvD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	1	PA BvD
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	1	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	1	QL (8 per 28 days)
<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>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>phenylephrine hcl injection solution 10 mg/ml</i> (Vazculep)	1	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Minipress)	1	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Pacerone)	1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i> (Norpace)	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	
<i>lidocaine (pf) intravenous syringe 100 mg/5 ml (2%), 50 mg/5 ml (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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	1	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	1	
<i>procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml</i>	1	
<i>procainamide intravenous syringe 100 mg/ml</i>	1	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i> (Rythmol SR)	1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	1	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (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>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>labetalol intravenous syringe 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<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>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	1	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	1	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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 hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	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</i> (Taztia XT)	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 420 mg</i> (Tiadylt ER)	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	1	
<i>dilt-xr oral capsule, ext. rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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 intravenous syringe 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Verelan PM)	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</i> (Calan SR)	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 180 mg, 240 mg</i>	1	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	1	QL (600 per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	1	QL (60 per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	1	
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	1	
<i>digoxin injection solution 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i> (Lanoxin)	1	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	1	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	1	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i> (Adrenalin)	1	
<i>hydralazine injection solution 20 mg/ml</i>	1	
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Sajazir)	1	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	1	NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant)	1	PA; NDS; QL (18 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	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	1	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG	1	QL (180 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG	1	QL (60 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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-hcthiazyd 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	
<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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet</i> (Azor) 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	1	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet</i> 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg (Exforge)	1	
<i>amlodipine-valsartan-hctiazid oral tablet</i> 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg (Exforge HCT)	1	
<i>isradipine oral capsule</i> 2.5 mg, 5 mg	1	
<i>nicardipine oral capsule</i> 20 mg, 30 mg	1	
<i>nifedipine oral capsule</i> 10 mg, 20 mg	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release</i> 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg (Procardia XL)	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release</i> 30 mg, 60 mg, 90 mg	1	
Dislipídicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 10-10 mg, 5-10 mg (Caduet)	1	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg (Caduet)	1	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg	1	
<i>atorvastatin oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg (Lipitor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet</i> 4 gram (Questran)	1	
<i>cholestyramine light oral powder in packet</i> 4 gram (cholestyramine-aspartame)	1	
<i>colesevelam oral powder in packet</i> 3.75 gram (WelChol)	1	
<i>colesevelam oral tablet</i> 625 mg (WelChol)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>colestipol oral packet 5 gram</i> (Colestid)	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 130 mg, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor)	1	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release (drlec) 135 mg, 45 mg</i> (Trilipix)	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	
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG	1	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG	1	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	1	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)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	1	QL (2 per 28 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	1	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	1	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	1	QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	1	QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	1	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)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (icosapent ethyl)	1	QL (240 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	1	QL (120 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 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, (Lasix) 80 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
<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>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>	1	
<i>toremide oral tablet 20 mg (Soanz)</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg</i> (Maxzide-25mg)	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 75-50 mg</i> (Maxzide)	1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	1	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	1	
<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>enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml</i>	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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	1	
<i>epplerenone 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 5 mg</i> (Isordil Titradose)	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i> (BiDil)	1	
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i> (nitroglycerin)	1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	1	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i> (Lotronex)	1	
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i> (Lotronex)	1	NDS
<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/lactuation</i> (Uceris)	1	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	1	ST; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	1	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i> (Delzicol)	1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 1.2 gram</i> (Lialda)	1	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 800 mg</i>	1	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa)	1	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	1	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</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/lactuation</i>	1	QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	1	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i> (Rocaltrol)	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg</i> (Sensipar)	1	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 60 mg</i> (Sensipar)	1	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	1	NDS; QL (120 per 30 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML)	1	QL (2.4 per 28 days)
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	1	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i>	1	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	1	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	1	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	1	
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>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel)	1	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i> (Actonel)	1	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (drlec) 35 mg</i> (Atelvia)	1	QL (4 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	1	QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	1	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	1	
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	1	
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i> (Reclast)	1	QL (100 per 300 days)
Agentes De Trastorno De Sueño		
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i> (Hetlioz)	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML (sodium oxybate)	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)
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 24 MG	1	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	1	PA; NDS; QL (210 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 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)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution</i> (Cafcit) <i>60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>caffeine citrate oral solution</i> 60 <i>mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	1	
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 20 MG/ML	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 40 MG/ML	1	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended</i> (Ampyra) <i>release 12 hr 10 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10</i> (Focalin) <i>mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Zenedi) <i>tablet 10 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Zenedi) <i>tablet 15 mg, 5 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Zenedi) <i>tablet 20 mg, 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall XR) <i>oral capsule, extended release 24hr</i> <i>10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall XR) <i>oral capsule, extended release 24hr</i> <i>20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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(drlec) 120 mg</i> (Tecfidera)	1	PA; NDS; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(drlec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i> (Tecfidera)	1	PA; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(drlec) 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>flumazenil intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	1	
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Copaxone)	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Copaxone)	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	
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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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)
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 capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Ritalin LA)	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i> (Ritalin LA)	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 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)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i> (Metadate ER)	1	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg (bx rating), 54 mg (bx rating)</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i> (Concerta)	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i> (Concerta)	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg (bx rating)</i>	1	QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	1	PA; NDS; QL (20 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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	QL (60 per 30 days)
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	
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i> (Aubagio)	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<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)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine intravenous solution 200 mg/ml (20 %)</i> (Acetadote)	1	
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	1	PA BvD
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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 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 GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	1	PA; NDS; QL (56 per 28 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)
<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)
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV	1	PA BvD; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i> (Daliresp)	1	QL (30 per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	1	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	1	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	1	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides		
Inhalados		
ADVAIR DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE (fluticasone propion-salmeterol)	1	QL (60 per 30 days)
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)
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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

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>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)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	1	QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	1	QL (120 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION (fluticasone HFA AEROSOL INHALER 110 propionate) MCG/ACTUATION	1	QL (12 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION (fluticasone HFA AEROSOL INHALER 220 propionate) MCG/ACTUATION	1	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION (fluticasone HFA AEROSOL INHALER 44 propionate) MCG/ACTUATION	1	QL (21.2 per 30 days)
SYMBICORT INHALATION (budesonide- HFA AEROSOL INHALER 160- formoterol) 4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION	1	QL (30.6 per 30 days)
Antileucotricos		
<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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Broncodilatadores		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> (Proventil HFA)	1	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> (nda020503)	1	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> (nda020983)	1	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %)</i>	1	PA BvD; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	1	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	1	
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; QL (312.5 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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)
SPIRIVA WITH HANDIHALER (tiotropium bromide) INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	1	QL (30 per 30 days)
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>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<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	
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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Paroex Oral Rinse)	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>oralone dental paste 0.1 %</i> (triamcinolone acetonide)	1	
<i>paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	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> (Fluoridex Sensitivity Relief)	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Oralone)	1	
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	1	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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 ointment 0.05 %</i> (Temovate)	1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>desoximetasone topical cream 0.25 %</i> (Topicort)	1	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment 0.25 %</i> (Topicort)	1	QL (120 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	1	
<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 solution 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i> (Fluocinonide-E)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Proctosol 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>hydrocortisone-min oil-wht pet topical ointment 1 %</i>	1	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	1	QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	1	
<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)
ALCOHOL 70% SWABS (Alcohol Pads)	1	
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (Skin Treatment)	1	
BD SINGLE USE SWAB (alcohol swabs)	1	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i> (Calsodore)	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY, MEDIUM (alcohol swabs)	1	
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS (alcohol swabs)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD (alcohol swabs)	1	
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED (alcohol swabs)	1	
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac)	1	NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	1	
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	1	QL (24 per 30 days)
IV ANTISEPTIC WIPES (alcohol swabs)	1	
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	1	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	1	NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	1	
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES (alcohol swabs)	1	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	1	QL (180 per 30 days)
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS (alcohol swabs)	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS (alcohol swabs)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS (alcohol swabs)	1	
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB (alcohol swabs)	1	
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	1	NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE (alcohol swabs)	1	
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg (isotretinoin)	1	
Antibacterianos Dermatológicos		
clindamycin phosphate topical solution 1 % (Cleocin T)	1	QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 % (Clindacin ETZ)	1	
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 % (1 % base) -5 % (Neuac)	1	
ery pads topical swab 2 % (erythromycin with ethanol)	1	
erythromycin with ethanol topical gel 2 % (Erygel)	1	QL (180 per 30 days)
erythromycin with ethanol topical solution 2 %	1	QL (180 per 30 days)
gentamicin topical cream 0.1 %	1	QL (120 per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %	1	QL (120 per 30 days)
metronidazole topical cream 0.75 % (Rosadan)	1	
metronidazole topical gel 0.75 % (Rosadan)	1	
metronidazole topical gel 1 % (Metrogel)	1	
metronidazole topical lotion 0.75 % (MetroLotion)	1	
mupirocin topical ointment 2 % (Centany)	1	QL (220 per 30 days)
neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i> (Klaron)	1	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	1	
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	1	
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i> (Differin)	1	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	1	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	1	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	1	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	1	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	1	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %</i> (Retin-A)	1	PA
<i>tretinoin topical gel 0.025 %</i> (Avita)	1	PA
<i>tretinoin topical gel 0.05 %</i> (Atralin)	1	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	1	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release (drlec) 20 mg</i> (Nexium)	1	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release (drlec) 40 mg</i> (Nexium)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg</i>	1	
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg</i> (Nexium IV)	1	
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	1	
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml</i>	1	
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	
<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(drlec) 15 mg</i> (Prevacid 24Hr)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(drlec) 30 mg</i> (Prevacid)	1	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(drlec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i> (Zegerid)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i> (Protonix)	1	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg</i> (Protonix)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 40 mg</i> (Protonix)	1	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (drlec) 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	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	1	PA; NDS
<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>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	1	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	1	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	1	QL (60 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
OICALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	1	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl)	1	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i> (URSO 250)	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	QL (30 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	1	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	1	
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML	1	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	1	NDS
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>	1	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	1	
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-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	1	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	1	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13- 1.6 GRAM (sodium,potassium,ma g sulfates)	1	
SUTAB ORAL TABLET 1.479- 0.188- 0.225 GRAM	1	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i> (Thiola)	1	NDS
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	1	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	1	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	
<i>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 tablet 20 mg</i>	1	
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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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> (Oxandrin)	1	
<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)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/lapp 30 mg/lactuation (1.5 ml)</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dotti transdermal patch semiweekly</i> (estradiol) 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	1	QL (8 per 28 days)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45- 20 MG	1	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2</i> (Estrace) <i>mg</i>	1	
<i>estradiol transdermal patch</i> (Dotti) <i>semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375</i> <i>mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075</i> <i>mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	1	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i> (Climara) <i>0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr,</i> <i>0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075</i> <i>mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1</i> (Estrace) <i>mg/gram)</i>	1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvafem)	1	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil</i> (Delestrogen) <i>10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral</i> (Amabelz) <i>tablet 0.5-0.1 mg</i>	1	
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	1	QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg,</i> (norethindrone ac-eth <i>1-5 mg-mcg</i> estradiol)	1	
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>lyllana transdermal patch</i> (estradiol) <i>semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375</i> <i>mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075</i> <i>mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	1	QL (8 per 28 days)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol- norethindrone acet)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (Fyavolv)	1	
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG	1	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG	1	
PREMARIN ORAL TABLET (conjugated estrogens) 0.625 MG, 1.25 MG	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>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	1	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i> (Celestone Soluspan)	1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	1	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 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>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i> (Solu-Medrol)	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln dlf 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	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 100 MG/2 ML	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i> (DDAVP)	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	
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	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, 7.5 MG	1	PA NSO; NDS
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	1	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) 100 mcg/ml, 50 mcg/ml	1	
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) 500 mcg/ml	1	NDS
<i>octreotide acetate injection syringe</i> 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 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 120 MG/0.5 ML	1	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	1	PA NSO; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT 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
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Progestinas		
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (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	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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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) 250 mg/5 ml	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) 100 mg, 25 mg	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> 50 mg	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	1	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule</i> 100 mg, 25 mg (Sandimmune)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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)</i> (Zortress) <i>oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75</i> <i>mg, 1 mg</i>	1	PA BvD; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	1	PA BvD; NDS
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	PA; NDS
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	1	PA BvD; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	1	PA BvD; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	1	PA BvD; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	1	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	1	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NDS
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	1	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

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
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	1	PA; NDS
<i>infliximab intravenous recon soln</i> (Remicade) 100 mg	1	PA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	1	PA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 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
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	1	PA BvD; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	1	PA BvD; NDS
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	1	PA; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 30 MG	1	PA; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	1	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	1	PA BvD; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	1	PA BvD; ST
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	
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	1	NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> (Rapamune)	1	PA BvD; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Rapamune)	1	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i> (Rapamune)	1	PA BvD; NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 80 MG/ML	1	PA; NDS
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	1	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; NDS
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML	1	PA; LA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	1	
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	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	1	
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	1	
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG	1	
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG- LF/0.5ML	1	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	1	
DENG VAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	1	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	1	PA BvD
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	1	PA BvD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	1	PA BvD
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	1	QL (1.5 per 365 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	1	QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	1	PA BvD
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	1	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	1	PA BvD
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	
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	1	
JYNNEOS (PF)(STOCKPILE) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	1	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	1	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	1	
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	1	
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	
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
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4- 4.2- 3.3CCID50/0.5ML	1	
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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	1	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	1	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	1	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	1	QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	1	(tetanus-diphtheria toxoids-td)
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	1	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML	1	QL (1.5 per 365 days)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	1	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	1	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	1	
TYPHIM VI (typhoid vi polysacch INTRAMUSCULAR SYRINGE vaccine) 25 MCG/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	1	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	1	QL (2 per 365 days)
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	1	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (brimonidine) (EYE) DROPS 0.1 %	1	
AZOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (brinzolamide)	1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Alphagan P)	1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i> (Combigan)	1	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	1	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i> (Cosopt)	1	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i> (Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	1	QL (2.5 per 25 days)

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i> (Travatan Z)	1	QL (2.5 per 25 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	1	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Polycin)	1	
<i>bleph-10 ophthalmic (eye) drops 10 %</i> (sulfacetamide sodium)	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	1	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	1	QL (3.5 per 4 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Zymaxid)	1	
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	1	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	1	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (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 ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (neomycin-bacitracin-poly-hc)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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> (Polytrim)	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	1	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	1	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	1	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	1	ST; QL (10 per 25 days)
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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 acetate 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/lactuation</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)
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 13 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/lactuation</i> (Nasonex 24hr Allergy)	1	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	1	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	1	QL (5.5 per 28 days)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 % (cyclosporine)	1	QL (60 per 30 days)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	1	ST; QL (32 per 30 days)
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	1	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	1	
<i>azelastine nasal aerosol, spray 137 mcg (0.1 %)</i>	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (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>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %, 2 %</i> (Cyclogyl)	1	
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	1	PA; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	1	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	1	QL (15 per 10 days)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	1	
<i>olopatadine 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	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Alcaine)	1	
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>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	1	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	1	QL (90 per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	1	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	1	PA; NDS
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 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i> (Vistaril)	1	
IGALMI SUBLINGUAL FILM 120 MCG, 180 MCG	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	1	
<i>leucovorin calcium injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i> (Carnitor)	1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i> (Carnitor)	1	
<i>mesna intravenous solution 100 mg/ml</i> (Mesnex)	1	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	1	NDS
<i>nitisinone oral capsule 20 mg</i> (Orfadin)	1	PA; NDS
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML	1	PA; NDS
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i> (Mestinon)	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	1	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	1	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	1	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	1	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>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	1	PA; NDS; QL (30 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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Alyq)	1	PA; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG (bosentan)	1	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	1	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
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
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	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 25 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	1	PA; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram lactuation(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>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i> (naproxen)	1	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	1	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i> (Duexis)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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 (drlec) 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i> (EC-Naproxen)	1	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Feldene)	1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5 ml cup outer 120 mg-12 mg/5 ml (5 ml)</i>	1	NDS; QL (4500 per 30 days)
<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>ascomp with codeine oral capsule 30-50-325-40 mg</i> (codeine-butalbital-asa-caff)	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i> (Buprenex)	1	
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i> (Esgic)	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i> (Ascomp with Codeine)	1	NDS; 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)
<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/12hr, 12 mcg/12hr, 25 mcg/12hr, 50 mcg/12hr, 75 mcg/12hr</i>	1	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 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 2.5-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg</i>	1	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	1	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i> (Dilaudid)	1	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	NDS; QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	NDS; 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>methadose oral tablet, soluble 40 mg</i> (methadone)	1	NDS; QL (30 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 solution 5 mg/5 ml</i>	1	NDS; QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<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 oral tablet, oral only, ext. rel. 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (OxyContin)	1	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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)
OXYCONTIN ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (oxycodone)	1	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg</i>	1	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 5 mg</i>	1	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	NDS; QL (60 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)
XTAMPZA ER ORAL CAP, SPRINKL, ER 12HR (DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG	1	NDS; QL (60 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP, SPRINKL, ER 12HR (DONT CRUSH) 27 MG	1	NDS; QL (120 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP, SPRINKL, ER 12HR (DONT CRUSH) 36 MG	1	NDS; QL (240 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine-MPF)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lidocaine (pf) injection solution 40 mg/ml (4%)</i>	1	
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1%), 20 mg/ml (2%), 5 mg/ml (0.5%)</i> (Xylocaine)	1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2%</i> (Glydo)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4% (40 mg/ml)</i>	1	PA
<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5%</i> (DermacinRx Lidocan)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5%</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2%</i> (lidocaine hcl)	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5%</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 1.8%	1	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	1	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i> (Jadenu)	1	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i> (Jadenu)	1	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Exjade)	1	PA; NDS
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i> (Ferriprox)	1	PA; NDS
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET, MODIFIED RELEASE 1,000 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA; NDS
<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>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	1	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	1	NDS
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	1	PA BvD; NDS
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i> (Bethkis)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tobramycin sulfate injection solution</i> 40 mg/ml	1	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>chloramphenicol sod succinate</i> <i>intravenous recon soln 1 gram</i>	1	
<i>clindamycin 600 mg/4 ml addvan</i> <i>sdv, outer</i>	1	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg,</i> (Cleocin HCl) <i>300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> <i>intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	1	
<i>clindamycin pediatric oral recon</i> (clindamycin palmitate <i>soln 75 mg/5 ml</i> hcl)	1	
<i>clindamycin phosphate injection</i> <i>solution 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection</i> (Cleocin) <i>solution 150 mg/ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate intravenous</i> <i>solution 300 mg/2 ml, 900 mg/6 ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate intravenous</i> <i>solution 600 mg/4 ml</i>	1	
<i>colistin (colistimethate na) injection</i> (Coly-Mycin M <i>recon soln 150 mg</i> Parenteral)	1	NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln</i> (Cubicin RF) <i>500 mg</i>	1	NDS
FIRVANQ ORAL RECON (vancomycin) SOLN 25 MG/ML	1	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous</i> (Zyvox) <i>piggyback 600 mg/300 ml</i>	1	
<i>linezolid oral suspension for</i> (Zyvox) <i>reconstitution 100 mg/5 ml</i>	1	NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1</i> (Hiprex) <i>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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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, 25 mg, 50 mg</i> (Macrochantin)	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohydlm-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	1	QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	1	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	1	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	1	QL (112 per 14 days)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i> (Firvanq)	1	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	PA; NDS; 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 gram, 2 gram</i> (Azactam)	1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	1	PA; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	1	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	1	
Cefalosporinas		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefactor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	1	
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	1	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	1	
<i>cefazolin intravenous recon soln 3 gram</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg (Suprax)</i>	1	
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	1	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (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, 750 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	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	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	1	NDS; QL (136 per 10 days)
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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

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, 2 gram, 250 mg, 500 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	
<i>nafcillin 1 gml 50 ml inj 1 gram/50 ml</i>	1	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	1	NDS
<i>nafcillin injection recon soln 2 gram</i>	1	
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i> (Pfizerpen-G)	1	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit</i> (penicillin g potassium)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

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>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml</i> (Cipro)	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/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 oral tablet 400 mg</i>	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	1	
<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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Tetraciclinas		
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	1	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Morgidox)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i> (LymePak)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxyne NL)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox)	1	
<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 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>mondoxyne nl oral capsule 100 mg</i> (doxycycline monohydrate)	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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1	
<i>amethia oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>		1	
<i>ashlyna oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/175 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/175 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/175 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>caziant (28) oral tablet 0.1/1.125/1.15-25 mg-mcg</i>	1	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<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>daysee oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>desog-e.estradiolle.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (Azurette (28))	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Apri)	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i> (Jasmiel (28))	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i> (Syeda)	1	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
ELLA ORAL TABLET 30 MG	1	QL (6 per 365 days)
<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>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	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>jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<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	
<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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	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	
<i>l norgestle.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(LoJaimiess)	1	QL (91 per 84 days)
<i>l norgestle.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(Amethia)	1	QL (91 per 84 days)
<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>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Afirmelle)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Altavera (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	
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>luteru (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>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela 1.5/30 (21))	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela 1/20 (21))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Merzee)	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> (Tri-Legest 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 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	1	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		1	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(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	
<i>simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/175-40 (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>tulana oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>tyblume oral tablet, chewable 0.1 mg- 20 mcg</i>		1	
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/1.125/1.15-25 mg-mcg</i>		1	
<i>vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<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>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		1	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		1	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>		1	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>		1	QL (3 per 28 days)
<i>zarah oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg</i> (drospirenone-ethinyl 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</i>	1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	1	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	1	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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, 5-7.5-10 mg</i> (Diastat AcuDial)	1	
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i> (Diastat)	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 (drlec) 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; QL (480 per 30 days)
<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> (Felbatol)	1	NDS
<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 per 2 ml, 500 mg per 10 ml</i> (Cerebyx)	1	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	1	ST; NDS; QL (720 per 30 days)
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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
<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)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	1	ST; 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	1	ST; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	1	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</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), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	1	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2)	1	NDS
<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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1- 150MG X1)	1	ST; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	QL (600 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa)	1	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	1	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	1	
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	1	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	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 (drlec) 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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
<i>maprotiline oral tablet 25 mg, 75 mg</i>	1	
<i>maprotiline oral tablet 50 mg</i>	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	1	
<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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	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	1	PA NSO
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 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)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
VIIBRYD ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	1	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	1	PA BvD
<i>amphotericin b injection recon soln</i> 50 mg	1	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous</i> (AmBisome) <i>suspension for reconstitution 50 mg</i>	1	PA BvD; NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln</i> (Cancidas) 50 mg, 70 mg	1	
<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>clotrimazole mucous membrane</i> <i>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</i> <i>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)</i> <i>intravenous piggyback 100 mg/50</i> <i>ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	
<i>fluconazole oral suspension for</i> (Diflucan) <i>reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 200</i> (Diflucan) <i>mg</i>	1	
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 50</i> <i>mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500</i> (Ancobon) <i>mg</i>	1	NDS
<i>griseofulvin microsize oral</i> <i>suspension 125 mg/5 ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet</i> <i>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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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 foam 2 %</i> (Extina)	1	ST; QL (100 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	1	
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG	1	PA; NDS
<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	QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	1	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Noxafil)	1	PA; NDS
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (drlec) 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

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	1	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i> (Vfend)	1	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i> (Diphen)	1	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	1	
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 400 mg</i> (Myambutol)	1	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	1	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	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	
Antivirales (Sistémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i> (Ziagen)	1	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i> (Epzicom)	1	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i> (Trizivir)	1	NDS
APRETUDE (cabotegravir) INTRAMUSCULAR 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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 (Apretude) suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i>	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 ethanolate oral tablet 600 (Prezista) mg, 800 mg</i>	1	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	1	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120- 15 MG, 200-25 MG	1	NDS
<i>didanosine oral capsule,delayed release(drlec) 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 (Atripla) tablet 600-200-300 mg</i>	1	NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofof disop oral (Symfi Lo) tablet 400-300-300 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral</i> (Symfi) <i>tablet 600-300-300 mg</i>	1	NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	1	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral</i> (Truvada) <i>tablet 100-150 mg, 133-200 mg,</i> <i>167-250 mg, 200-300 mg</i>	1	NDS
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</i> (Intelence) <i>mg</i>	1	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300- 150 MG	1	NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i> (Lexiva)	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	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	1	NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	1	NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	1	
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

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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> (Combivir)	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	NDS; 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	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	1	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	1	
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	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	1	
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
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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	1		
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	1	NDS	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	1		
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	NDS	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	(abacavir-lamivudine-zidovudine)	1	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	1	NDS	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	1	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	
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)	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (sofosbuvir-velpatasvir)	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 MG (ledipasvir-sofosbuvir)	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		
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i> (Foscavir)	1	PA BvD
<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, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	1	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12 ML	1	PA; NDS; QL (336 per 28 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 480 MG/24 ML	1	PA; NDS; QL (672 per 28 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	1	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	1	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XOFLUZA 40 MG TAB (80 MG DOSE)	1	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	1	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG	1	QL (2 per 180 days)
Interferones		
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)	1	PA NSO; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	1	NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	1	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 recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (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>lagevrio (eua) oral capsule 200 mg</i>	1	QL (40 per 5 days)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	1	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Dispositivos		
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE- USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1
1ST TIER UNIFINE PNTIP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
1ST TIER UNIFINE PNTIP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"		1
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		1

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	(pen needle, diabetic, safety)
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	1	
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	(insulin syringe-needle u-100)
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	(insulin syringe-needle u-100)
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	
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 NEEDLE NEEDLE 27 X 5/8 "	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD UF MICRO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	1	
BD UF MINI PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	1	
BD UF NANO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
BD UF ORIG PEN NDL (pen needle, diabetic) 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD UF SHORT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	1	
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD VEO INS SYRING 1 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	
BD VEO INS SYRN 0.3 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	
BD VEO INS SYRN 0.5 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X (gauze bandage) 2 "	1	
CAREFINE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 3/16"	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 30G 30 GAUGE X 5/16"	1	
CAREFINE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	
CAREFINE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	
CAREONE SYR 0.3 ML (Advocate Syringes) 31GX5/16" SHORT, HRI 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	1	
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	
CARETOUCH SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"	1	
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16	1	
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16	1	
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16	1	
CLICKFINE 31G X 5/16" (pen needle, diabetic) NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	1	
CLICKFINE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	1	
CLICKFINE UNIVERSAL 31G (pen needle, diabetic) X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT EZ INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
COMFORT EZ INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
COMFORT EZ INS 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16	1	
COMFORT EZ INSULIN SYR (insulin syringe-needle 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
COMFORT EZ INSULIN SYR (insulin syringe-needle 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ PRO PEN NDL (pen needle, diabetic, 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" safety)	1	
COMFORT EZ PRO PEN NDL (pen needle, diabetic, 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	1	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 (gauze bandage) X 2 "	1	
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 (gauze bandage) PLY) 2 X 2 "	1	
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 (gauze bandage) PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	1	
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 0.3 ML 29 u-100) GAUGE X 1/2"	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	1	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
DROPLET INS SYR 1 ML 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	1	
DROPLET PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
DRUG MART ULTRA (insulin syringe-needle COMFORT SYR 0.3 ML 29 u-100) GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"	1	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16" (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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH FLIPLK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULIN SYR (insulin syringe-needle 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH INSULIN SYR (insulin syringe-needle 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16	1	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML RETRACTABLE 1 ML 30 u-100) GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML	(insulin syringe needleless)	1
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		1
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"		1
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		1
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		1
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML (insulin syringe needleless)	1	
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 (Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE (Lite Touch Insulin Syringe)	1	
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (Lite Touch Insulin Syringe)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	(Lite Touch Insulin Syringe)	1
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	(gauze bandage)	1
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE	1	
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	(insulin syringe-needle u-100)	1
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1	
INSULIN SYR 0.3 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
INSULIN SYR 0.3 ML (UltiCare Insuln 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE Syr(half unit)) X 1/4"	1	
INSULIN SYRIN 0.3 ML (Comfort EZ Insulin 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 Syringe) ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRIN 0.5 ML (Comfort EZ Insulin 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X Syringe) 1/2"	1	
INSULIN SYRIN 0.5 ML (Comfort EZ Insulin 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 Syringe) GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRIN 0.5 ML (Comfort EZ Insulin 30GX1/2" SHORT NEEDLE Syringe) (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRIN 0.5 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G (Easy Touch Insulin 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE Syringe) X 1/2"	1	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 (insulin syringe-needle ML 29 GAUGE u-100)	1	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML (Sure Comfort Insulin 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X Syringe) 1/4"	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 (insulin syringe-needle ML 29 u-100)	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML (Sure Comfort Insulin 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X Syringe) 1/4"	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML (BD Eclipse Luer-Lok) 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML (Sure Comfort Insulin 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X Syringe) 1/4"	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Ultilet Insulin Syringe) U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Comfort EZ Insulin U-100 SYRINGE 1 ML 29 Syringe) GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Lite Touch Insulin U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 Syringe) GAUGE	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSUPEN 30G ULTRAFIN (pen needle, diabetic) NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	1	
INSUPEN 31G ULTRAFIN (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	1	
INSUPEN 32G 6MM PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	1	
INSUPEN 32G 8MM PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	1	
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	1	
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML (insulin syringe-needle SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML u-100) 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	1	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML (insulin syringe-needle SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 u-100) GAUGE X 7/16"	1	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE	1	
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	
LITE TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
LITE TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1 (insulin syringe-needle u-100)	
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1 (insulin syringe-needle u-100)	
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1 (insulin syringe-needle u-100)	
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1 (insulin syringe-needle u-100)	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1 (insulin syringe-needle u-100)	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1 (insulin syringe-needle u-100)	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1 (insulin syringe-needle u-100)	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1 (insulin syringe-needle u-100)	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1 (insulin syringe-needle u-100)	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1 (insulin syringe-needle u-100)	
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	1	
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (1st Tier Unifine Pentips)	1	
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" (CareFine Pen Needle)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(BD Ultra-Fine Micro Pen Needle)	1	
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	1	
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(Advocate Pen Needle)	1	
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	1	
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(Comfort EZ Pen Needles)	1	
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
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	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"		1	
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
NOVOFINE 30 NEEDLE		1	
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		1	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"		1	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	
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	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16" (Embrace Pen Needle)	1	
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16" (CareFine Pen Needle)	1	
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (1st Tier Unifine Pentips Plus)	1	
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4" (1st Tier Unifine Pentips)	1	
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32" (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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16" (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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	1	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (Comfort Touch Pen Needle)	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	1	
RELI ON 31G X 1/4" NEEDLES 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (BD Veo Insulin Syringe UF)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELION INS SYR 0.5 ML (BD Veo Insulin 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" Syringe UF)	1	
RELION INS SYR 1 ML (BD Veo Insulin 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64" Syringe UF)	1	
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR (Lite Touch Insulin 1/2 ML 29 Syringe)	1	
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	1	
RELION MINI PEN 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) NDL 31 GAUGE X 1/4"	1	
RELION PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SAFETY PEN NEEDLE 31G (Comfort EZ PRO 4MM 31 GAUGE X 5/32" Safety Pen Ndl)	1	
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X (pen needle, diabetic, 31G 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SECURES SAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	1	
SECURES SAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SECURES SAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	
SM STERILE PADS 2" X 2" (gauze bandage) 2"X2", STERILE 2 X 2 "	1	
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
NEEDLES, INSULIN DISP., (insulin syringe-needle SAFETY u-100)	1	
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	
SURE COMFORT 1 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X u-100) 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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 1	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 1	
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 1	
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100) 1	
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100) 1	
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100) 1	
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) 1	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 1	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 1	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 1	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) 1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", u-100) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", u-100) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
SURE-JECT INSU SYR U100 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 u-100) ML 30 GAUGE X 5/16	1	
SURE-JECT INSULIN (insulin syringe-needle SYRINGE 1 ML 1 ML 31 u-100) GAUGE X 5/16	1	
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
TERUMO INS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TERUMO INS SYRINGE U100-1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 (Thinpro Insulin ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8" Syringe)	1	
TERUMO INS SYRINGE U100- (insulin syringe-needle 1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8" u-100)	1	
TERUMO INS SYRINGE U100- (insulin syringe-needle 1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8" u-100)	1	
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8" u-100)	1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"	1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" u-100)	1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"	1	
THINPRO INS SYRIN U100-1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8" u-100)	1	
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"	1	
TOPCARE CLICKFINE 31G X (pen needle, diabetic) 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
TOPCARE CLICKFINE 31G X (pen needle, diabetic) 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

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	1	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		1
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"		1
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	1	
ULTIGUARD SAFE PACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	1	
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	1	
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	1	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	
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	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	1	
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 1	
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 1	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 1	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 1	
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100) 1	
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100) 1	
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 1	
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	
ULTRA THIN PEN NDL 32G X (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ULTRACARE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	
ULTRACARE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	
ULTRACARE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2" (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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	1	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
UNIFINE ULTRA PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE ULTRA PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
UNIFINE ULTRA PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
UNIFINE ULTRA PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
VANISHPOINT 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 u-100) GAUGE X 1/2"	1	
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
V-GO 20 DEVICE	1	
V-GO 30 DEVICE	1	
V-GO 40 DEVICE	1	
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		
<i>calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)</i>	1	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>electrolyte-148 intravenous parenteral solution</i> (Plasma-Lyte 148)	1	
ISOLYTE S IV SOLUTION- EXCEL SINGLE USE	1	
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	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 in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	1	
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)</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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4%), 4 gram/100 ml (4%), 4 gram/50 ml (8%)</i>	1	
<i>magnesium sulfate injection syringe 4 meq/ml</i>	1	
NORMOSOL-M IN 5 % DXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	
PLASMA-LYTE A (electrolyte-a) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 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, 20 meq (K-Tab)</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq (Klor-Con 8)</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq (Klor-Con M10)</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 15 meq (Klor-Con M15)</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 20 meq (Klor-Con M20)</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg) (Urocit-K 10)</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq (Urocit-K 15)</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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i> (Urocit-K 5)	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 % intravenous piggyback</i>	1	
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	1	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	1	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	1	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	1	
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG	1	PA
<i>tranexamic acid intravenous solution 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i> (Cyklokapron)	1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 150 mg, 75 mg</i> (Pradaxa)	1	ST; 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>enoxaparin subcutaneous solution</i> (Lovenox) 300 mg/3 ml	1	QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 100 mg/ml, 150 mg/ml	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	1	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30</i> (Lovenox) <i>mg/0.3 ml</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40</i> (Lovenox) <i>mg/0.4 ml</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60</i> (Lovenox) <i>mg/0.6 ml</i>	1	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) <i>10 mg/0.8 ml</i>	1	NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) <i>2.5 mg/0.5 ml</i>	1	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) <i>5 mg/0.4 ml</i>	1	NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) <i>7.5 mg/0.6 ml</i>	1	NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i> <i>5,000 unit/ml (1 ml)</i>	1	
<i>heparin (porcine) injection solution</i> <i>1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml,</i> <i>20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	1	
<i>heparin, porcine (pf) injection</i> <i>solution 1,000 unit/ml</i>	1	
<i>heparin, porcine (pf) injection</i> <i>syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000</i> <i>unit/ml</i>	1	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2</i> (warfarin) <i>mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg,</i> <i>7.5 mg</i>	1	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2</i> (Jantoven) <i>mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg,</i> <i>7.5 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	1	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	1	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	1	QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	1	PA; NDS
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	1	PA; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA; NDS
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)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	1	NDS
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	1	PA; NDS
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 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)
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)

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELEUKO INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	1	PA; NDS
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	1	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	1	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML	1	PA; NDS
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA; NDS
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	1	PA; NDS
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	1	
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	1	PA; NDS; QL (14 per 28 days)
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (sapropterin)	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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Zavesca)	1	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	1	PA; NDS
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG (nitisinone)	1	PA; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	PA; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 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
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	1	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>chlorzoxazone 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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>revonto intravenous recon soln 20 mg</i> (dantrolene)	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	
<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	

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
<i>prenal true combo pack 30 mg iron-1.4 mg-300 mg</i>	1	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	1	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	1	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	1	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	1	(pnv,calcium 72-iron,carb-folic)
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	1	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	1	
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	1	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)
<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 combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>vinate care chewable tablet 40 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	1	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	1	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	1	
<i>virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg</i>	1	

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

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

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

Fecha de Entrada en Vigencia: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

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: 11/01/2023

Identificación del Formulario: 23350.000

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS.....	156	ADVAIR DISKUS.....	66	<i>alyq</i>	109
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	156	ADVAIR HFA.....	66	<i>amabelz</i>	82
<i>abacavir</i>	148	ADVOCATE PEN NEEDLE	157	<i>amantadine hcl</i>	32
<i>abacavir-lamivudine</i>	148	ADVOCATE SYRINGES	156, 157	<i>ambrisentan</i>	109
<i>abacavir-lamivudine- zidovudine</i>	148	<i>afirmelle</i>	125	<i>amethia</i>	126
ABELCET.....	145	AJOVY AUTOINJECTOR....	27	<i>amiloride</i>	53
ABILIFY MAINTENA.....	34	AJOVY SYRINGE.....	27	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..	53
<i>abiraterone</i>	3	AKEEGA.....	3	AMINOSYN-PF 7% (SULFITE-FREE).....	40
ABOUTTIME PEN NEEDLE.....	156	AKYNZEO (FOSNETUPITANT).....	29	<i>amiodarone</i>	43
ABRAXANE.....	3	AKYNZEO (NETUPITANT).....	29	<i>amitriptyline</i>	141
ABRYSVO.....	95	<i>ala-cort</i>	70	<i>amlodipine</i>	49
<i>acamprosate</i>	19	<i>albendazole</i>	31	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	50
<i>acarbose</i>	21	<i>albuterol sulfate</i>	68	<i>amlodipine-benazepril</i>	49
<i>accutane</i>	73	<i>alclometasone</i>	70	<i>amlodipine-olmesartan</i>	50
<i>acebutolol</i>	44	ALCOHOL PADS.....	73	<i>amlodipine-valsartan</i>	50
<i>acetaminophen-codeine</i>	112	ALCOHOL PREP PADS.....	74	<i>amlodipine-valsartan-hcthiazyd</i> ..	50
<i>acetazolamide</i>	101	ALCOHOL PREP SWABS....	73	<i>ammonium lactate</i>	73
<i>acetazolamide sodium</i>	101	ALCOHOL SWABS.....	73	<i>amoxapine</i>	141
<i>acetic acid</i>	102	ALCOHOL WIPES.....	74	<i>amoxicillin</i>	122
<i>acetylcysteine</i>	64	ALECENSA.....	3	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	122, 123
<i>acitretin</i>	73	<i>alendronate</i>	57	<i>amphotericin b</i>	145
ACTEMRA.....	88	<i>alfuzosin</i>	80	<i>amphotericin b liposome</i>	145
ACTEMRA ACTPEN.....	88	ALIMTA.....	3	<i>ampicillin</i>	123
ACTHAR.....	86	<i>aliskiren</i>	55	<i>ampicillin sodium</i>	123
ACTHIB (PF).....	95	<i>allopurinol</i>	27	<i>ampicillin-sulbactam</i>	123
ACTIMMUNE.....	107	<i>alose tron</i>	56	<i>anagrelide</i>	206
<i>acyclovir</i>	73, 155	ALPHAGAN P.....	101	<i>anastrozole</i>	3
<i>acyclovir sodium</i>	155	<i>alprazolam</i>	20	ANORO ELLIPTA.....	68
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....	95	ALREX.....	104	<i>apomorphine</i>	32
<i>adapalene</i>	76	<i>altavera (28)</i>	126	APONVIE.....	29
<i>adefovir</i>	155	ALTRENO.....	76	<i>apraclonidine</i>	106
ADEMPAS.....	109	ALUNBRIG.....	3	<i>aprepitant</i>	29
<i>adrucil</i>	3	<i>alyacen 1135 (28)</i>	126	APRETUDE.....	148
		<i>alyacen 71717 (28)</i>	126	<i>apri</i>	126
				APTIOM.....	136
				APTIVUS.....	148

AQINJECT PEN NEEDLE	157	AVONEX	60	BD SAFETYGLIDE	
<i>aranelle (28)</i>	126	<i>ayuna</i>	126	SYRINGE	160
ARCALYST	88	AYVAKIT	3	BD ULTRA-FINE MICRO	
AREXVY (PF)	95	<i>azacitidine</i>	3	PEN NEEDLE	160
AREXVY ANTIGEN		<i>azathioprine</i>	88	BD ULTRA-FINE MINI	
COMPONENT	95	<i>azathioprine sodium</i>	88	PEN NEEDLE	160
<i>aripiprazole</i>	34	<i>azelastine</i>	106	BD ULTRA-FINE NANO	
ARISTADA	34, 35	<i>azithromycin</i>	121	PEN NEEDLE	160
ARISTADA INITIO	34	AZOPT	101	BD ULTRA-FINE ORIG	
<i>armodafinil</i>	58	<i>aztreonam</i>	119	PEN NEEDLE	160
ARNUITY ELLIPTA	66	<i>azurette (28)</i>	126	BD ULTRA-FINE SHORT	
<i>ascomp with codeine</i>	112	<i>bacitracin</i>	102	PEN NEEDLE	160
<i>asenapine maleate</i>	35	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	102	BD VEO INSULIN SYR	
<i>ashlyna</i>	126	<i>baclofen</i>	211	(HALF UNIT)	160
<i>aspirin-dipyridamole</i>	208	<i>bal-care dha</i>	212	BD VEO INSULIN	
ASSURE ID DUO-SHIELD	157	<i>bal-care dha essential</i>	212	SYRINGE UF	160
ASSURE ID INSULIN		<i>balsalazide</i>	56	BELSOMRA	58
SAFETY	158	BALVERSA	3	<i>benazepril</i>	54
ASSURE ID PEN NEEDLE	158	<i>balziva (28)</i>	127	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	54
<i>atazanavir</i>	148	BCG VACCINE, LIVE (PF)	95	<i>bendamustine</i>	4
<i>atenolol</i>	44	BD ALCOHOL SWABS	73	BENDAMUSTINE	4
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	44	BD AUTOSHIELD DUO		BENDEKA	4
<i>atomoxetine</i>	59	PEN NEEDLE	158	BENLYSTA	88, 89
<i>atorvastatin</i>	50	BD ECLIPSE LUER-LOK	158	<i>benztropine</i>	32
<i>atovaquone</i>	31	BD INSULIN SYRINGE		BESREMI	89
<i>atovaquone-proguanil</i>	31	.....	158, 159	<i>betaine</i>	107
<i>atropine</i>	106	BD INSULIN SYRINGE		<i>betamethasone acet, sod phos</i>	84
ATROVENT HFA	68	(HALF UNIT)	158	<i>betamethasone dipropionate</i>	70
<i>aubra eq</i>	126	BD INSULIN SYRINGE		<i>betamethasone valerate</i>	70, 71
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	126	SLIP TIP	159	<i>betamethasone, augmented</i>	71
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	126	BD INSULIN SYRINGE U-		BETASERON	60
<i>aurovela 24 fe</i>	126	500	158	<i>betaxolol</i>	44
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	126	BD INSULIN SYRINGE		<i>bethanechol chloride</i>	81
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	126	ULTRA-FINE	158	<i>bexarotene</i>	4
AUSTEDO	59	BD NANO 2ND GEN PEN		BEXSERO	95
AUSTEDO XR	59	NEEDLE	159	<i>bicalutamide</i>	4
AUSTEDO XR		BD SAFETYGLIDE		BICILLIN L-A	123
TITRATION KT(WK1-4)	60	INSULIN SYRINGE	159, 160	BIKTARVY	148
AUVELITY	141	BD SAFETYGLIDE		<i>bisoprolol fumarate</i>	44
<i>aviane</i>	126	NEEDLE	159	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	44

<i>bleomycin</i>	4	<i>calcium acetate (phosphat</i>	<i>cefoxitin</i>	120
<i>bleph-10</i>	102	<i>bind)</i>	<i>cefpodoxime</i>	120
<i>blisovi 24 fe</i>	127	79, 80	<i>cefprozil</i>	121
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	127	<i>calcium chloride</i>	<i>ceftazidime</i>	121
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	127	204	<i>ceftriaxone</i>	121
BOOSTRIX TDAP	96	CALQUENCE	<i>cefuroxime axetil</i>	121
BORDERED GAUZE	160	4	<i>cefuroxime sodium</i>	121
<i>bortezomib</i>	4	CALQUENCE	<i>celecoxib</i>	110
BORTEZOMIB	4	(ACALABRUTINIB MAL).....	<i>cephalexin</i>	121
BOSULIF	4	4	CERDELGA	210
BRAFTOVI	4	<i>camila</i>	<i>cevimeline</i>	69
BREO ELLIPTA	66, 67	127	<i>chateal eq (28)</i>	127
BREZTRI AEROSPHERE	68	<i>candesartan</i>	<i>chloramphenicol sod succinate</i>	118
<i>briellyn</i>	127	48	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	20
BRILINTA	208	<i>candesartan-</i>	<i>chlorhexidine gluconate</i>	70
<i>brimonidine</i>	101	<i>hydrochlorothiazid</i>	<i>chloroquine phosphate</i>	31
<i>brimonidine-timolol</i>	101	48	<i>chlorothiazide sodium</i>	53
BRIVIACT	136	CAPLYTA	<i>chlorpromazine</i>	35
<i>bromocriptine</i>	32	35	<i>chlorthalidone</i>	53
BROMSITE	104	CAPRELSA	<i>chlorzoxazone</i>	211
BRUKINSA	4	5	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	50
<i>budesonide</i>	56, 67	<i>captopril</i>	<i>cholestyramine light</i>	50
<i>bumetanide</i>	53	54	<i>ciclopirox</i>	145
<i>buprenorphine hcl</i>	19, 112	<i>carbamazepine</i>	<i>cilostazol</i>	208
<i>buprenorphine-naloxone</i>	19	136	CIMDUO	149
<i>bupropion hcl</i>	141, 142	<i>carbidopa-levodopa</i>	<i>cimetidine hcl</i>	76
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	19	32	CIMZIA	89
<i>buspirone</i>	107	<i>carbidopa-levodopa-</i>	CIMZIA POWDER FOR	
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	112	<i>entacapone</i>	RECONST	89
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	112	32, 33	<i>cinacalcet</i>	57
CABENUVA	149	CAREFINE PEN NEEDLE	CINQAIR	64
<i>cabergoline</i>	32	.....	CINRYZE	208
CABLIVI	206	160, 161	<i>ciprofloxacin</i>	124
CABOMETYX	4	CARETOUCH ALCOHOL	<i>ciprofloxacin hcl</i>	102, 124
<i>cabotegravir</i>	149	PREP PAD	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	124
<i>caffeine citrate</i>	60	73	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	102
<i>calcipotriene</i>	73	CARETOUCH INSULIN	<i>cialopram</i>	142
<i>calcitonin (salmon)</i>	57	SYRINGE	<i>clarithromycin</i>	121, 122
<i>calcitriol</i>	57	161, 162	CLENPIQ	80
		CARETOUCH PEN		
		NEEDLE		
		161		
		<i>carglumic acid</i>		
		78		
		<i>carteolol</i>		
		101		
		<i>cartia xt</i>		
		46		
		<i>carvedilol</i>		
		45		
		<i>caspofungin</i>		
		145		
		CAYSTON		
		119		
		<i>caziant (28)</i>		
		127		
		<i>cefaclor</i>		
		120		
		<i>cefadroxil</i>		
		120		
		<i>cefazolin</i>		
		120		
		<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i>		
		120		
		<i>cefdinir</i>		
		120		
		<i>cefepime</i>		
		120		
		<i>cefixime</i>		
		120		
		<i>cefotaxime</i>		
		120		

CLICKFINE PEN NEEDLE	<i>clonazepam</i>	20	CREON.....	210
.....	<i>clonidine</i>	43	<i>cromolyn</i>	64, 78, 106
<i>clindamycin hcl</i>	<i>clonidine hcl</i>	43	<i>cryselle (28)</i>	127
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ...	<i>clopidogrel</i>	208	CURAD GAUZE PAD.....	165
<i>clindamycin pediatric</i>	<i>clorazepate dipotassium</i>	20	CURITY ALCOHOL	
<i>clindamycin phosphate</i>	<i>clotrimazole</i>	145	SWABS.....	73
.....	<i>clotrimazole-betamethasone</i> ...	145	CURITY GAUZE.....	165
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> ...	<i>clozapine</i>	35	<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	127
CLINIMIX 5%/D15W	<i>c-nate dha</i>	212	<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	127
SULFITE FREE.....	COARTEM.....	31	<i>cyclobenzaprine</i>	212
CLINIMIX 4.25%/D10W	<i>codeine sulfate</i>	112	<i>cyclopentolate</i>	106
SULF FREE.....	<i>codeine-butalbital-asa-caff</i>	113	<i>cyclophosphamide</i>	5
CLINIMIX 4.25%/D5W	<i>colchicine (gout)</i>	27	<i>cyclosporine</i>	89
SULFIT FREE.....	<i>colesevelam</i>	50	<i>cyclosporine modified</i>	89
CLINIMIX 5%-	<i>colestipol</i>	51	<i>cyproheptadine</i>	147
D20W(SULFITE-FREE).....	<i>colistin (colistimethate na)</i>	118	CYRAMZA.....	5
CLINIMIX 6%-D5W	COMBIVENT RESPIMAT... ..	68	<i>cyred eq</i>	127
(SULFITE-FREE).....	COMETRIQ.....	5	CYSTARAN.....	106
CLINIMIX 8%-	COMFORT EZ INSULIN		<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>	
D10W(SULFITE-FREE).....	SYRINGE.....	162, 164	<i>chloride</i>	204
CLINIMIX 8%-	COMFORT EZ PEN		<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> ..	204
D14W(SULFITE-FREE).....	NEEDLES.....	163	<i>dabigatran etexilate</i>	206
CLINIMIX E 2.75%/D5W	COMFORT EZ PRO		<i>dalfampridine</i>	60
SULF FREE.....	SAFETY PEN NDLE.....	163	<i>danazol</i>	82
CLINIMIX E 4.25%/D10W	COMFORT TOUCH PEN		<i>dantrolene</i>	212
SUL FREE.....	NEEDLE.....	164, 165	DANYELZA.....	5
CLINIMIX E 4.25%/D5W	COMPLERA.....	149	<i>dapsone</i>	147
SULF FREE.....	<i>completenate</i>	212	DAPTACEL (DTAP	
CLINIMIX E 5%/D15W	<i>compro</i>	29	PEDIATRIC) (PF).....	96
SULFIT FREE.....	<i>constulose</i>	78	<i>daptomycin</i>	118
CLINIMIX E 5%/D20W	COPAXONE.....	60	<i>darunavir ethanolate</i>	149
SULFIT FREE.....	COPIKTRA.....	5	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	127
CLINIMIX E 8%-D10W	CORLANOR.....	47	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	127
SULFITEFREE.....	CORTROPHIN GEL.....	86	DAURISMO.....	5
CLINIMIX E 8%-D14W	COSENTYX.....	89	<i>daysee</i>	127
SULFITEFREE.....	COSENTYX (2 SYRINGES)..	89	<i>deblitane</i>	127
<i>clobazam</i>	COSENTYX PEN (2 PENS)..	89	<i>decitabine</i>	5
<i>clobetasol</i>	COSENTYX UNOREADY		<i>deferasirox</i>	116
<i>clobetasol-emollient</i>	PEN.....	89	<i>deferiprone</i>	116
<i>clomipramine</i>	COTELLIC.....	5	DELSTRIGO.....	149

DENGVAXIA (PF).....	96	<i>diltiazem hcl</i>	46	DROPSAFE ALCOHOL	
<i>denta 5000 plus</i>	70	<i>dilt-xr</i>	46	PREP PADS.....	73
<i>dentagel</i>	70	<i>dimenhydrinate</i>	29	DROPSAFE INSULIN	
DERMACEA.....	165	<i>dimethyl fumarate</i>	61	SYRINGE.....	167, 168
DERMACEA NON-		DIPENTUM.....	56	DROPSAFE PEN NEEDLE	168
WOVEN.....	165	<i>diphenhydramine hcl</i>	147	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	128
DESCOVY.....	149	<i>diphenoxylate-atropine</i>	78	DROXIA.....	206
<i>desipramine</i>	142	<i>dipyridamole</i>	208	<i>droxidopa</i>	43
<i>desmopressin</i>	86	<i>disopyramide phosphate</i>	43	DUAVEE.....	83
<i>desog-e.estradiolle.estradiol</i>	127	<i>disulfiram</i>	19	<i>duloxetine</i>	142
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	128	<i>divalproex</i>	137	DUPIXENT PEN.....	90
<i>desoximetasone</i>	71	<i>dofetilide</i>	43	DUPIXENT SYRINGE.....	90
<i>desvenlafaxine succinate</i>	142	<i>donepezil</i>	21	<i>dutasteride</i>	81
<i>dexamethasone</i>	84	DOPTELET (10 TAB PACK)		EASY COMFORT	
<i>dexamethasone sodium phos</i>		.....	208	ALCOHOL PAD.....	74
<i>(pf)</i>	84	DOPTELET (15 TAB PACK)		EASY COMFORT	
<i>dexamethasone sodium</i>		.....	208	INSULIN SYRINGE	
<i>phosphate</i>	84, 105	DOPTELET (30 TAB PACK)		.....	168, 169, 170
<i>dexmethylphenidate</i>	60	.....	208	EASY COMFORT PEN	
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	60	<i>dorzolamide</i>	101	NEEDLES.....	169, 170
<i>dextroamphetamine-</i>		<i>dorzolamide-timolol</i>	101	EASY GLIDE INSULIN	
<i>amphetamine</i>	60, 61	<i>dotti</i>	83	SYRINGE.....	170
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	42	DOVATO.....	149	EASY GLIDE PEN	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	42	<i>doxazosin</i>	43	NEEDLE.....	170
DIACOMIT.....	136, 137	<i>doxepin</i>	142	EASY TOUCH.....	172
<i>diazepam</i>	20, 137	<i>doxorubicin</i>	5	EASY TOUCH ALCOHOL	
<i>diazepam intensol</i>	20	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	6	PREP PADS.....	74
<i>diazoxide</i>	107	<i>doxy-100</i>	125	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>diclofenac potassium</i>	110	<i>doxycycline hyclate</i>	125	INSULIN.....	171, 172
<i>diclofenac sodium</i>	105, 110, 111	<i>doxycycline monohydrate</i>	125	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>diclofenac-misoprostol</i>	111	DRIZALMA SPRINKLE....	142	SYRINGE.....	171
<i>dicloxacillin</i>	123	<i>dronabinol</i>	29	EASY TOUCH INSULIN	
<i>dicyclomine</i>	78	<i>droperidol</i>	29	SAFETY SYR.....	170, 171
<i>didanosine</i>	149	DROPLET INSULIN		EASY TOUCH INSULIN	
DIFICID.....	122	SYR(HALF UNIT).....	165, 166	SYRINGE.....	170, 171, 172, 173
<i>difluprednate</i>	105	DROPLET INSULIN		EASY TOUCH LUER	
<i>digitek</i>	47	SYRINGE.....	165, 166, 167	LOCK INSULIN.....	172
<i>digox</i>	47	DROPLET MICRON PEN		EASY TOUCH PEN	
<i>digoxin</i>	47	NEEDLE.....	167	NEEDLE.....	172
<i>dihydroergotamine</i>	27	DROPLET PEN NEEDLE..	167		

EASY TOUCH SAFETY	<i>enalaprilat</i>	54	<i>esomeprazole sodium</i>	77
PEN NEEDLE.....	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ...	54	<i>estarylla</i>	128
EASY TOUCH	ENBREL.....	90	<i>estradiol</i>	83
SHEATHLOCK INSULIN	ENBREL MINI.....	90	<i>estradiol valerate</i>	83
.....	ENBREL SURECLICK.....	90	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	83
EASY TOUCH UNI-SLIP... 173	ENDARI.....	107	<i>eszopiclone</i>	58
<i>ec-naproxen</i>	<i>endocet</i>	113	<i>ethambutol</i>	147
<i>econazole</i>	ENGERIX-B (PF).....	96	<i>ethosuximide</i>	137
EDARBI.....	ENGERIX-B PEDIATRIC		<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ..	128
EDARBYCLOR.....	(PF).....	96	<i>etodolac</i>	111
EDURANT.....	<i>enilloring</i>	128	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	128
<i>efavirenz</i>	<i>enoxaparin</i>	207	ETOPOPHOS.....	7
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	<i>enpresse</i>	128	<i>etoposide</i>	7
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>	<i>enskyce</i>	128	<i>etravirine</i>	150
.....	<i>entacapone</i>	33	EUCRISA.....	71
EGRIFTA SV.....	<i>entecavir</i>	155	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	7
<i>electrolyte-148</i>	ENTRESTO.....	48	<i>everolimus</i>	
ELIGARD.....	<i>enulose</i>	78	<i>(immunosuppressive)</i>	90
ELIGARD (3 MONTH).....	EPCLUSA.....	153, 154	EVOTAZ.....	150
ELIGARD (4 MONTH).....	EPIDIOLEX.....	137	EVRYSDI.....	107
ELIGARD (6 MONTH).....	<i>epinastine</i>	106	EXEL INSULIN.....	174
<i>elimest</i>	<i>epinephrine</i>	47, 48	<i>exemestane</i>	7
ELIQUIS.....	<i>epitol</i>	137	EXKIVITY.....	7
ELIQUIS DVT-PE TREAT	EPIVIR HBV.....	150	EYSUVIS.....	105
30D START.....	EPKINLY.....	6	<i>ezetimibe</i>	51
ELLA.....	<i>eplerenone</i>	55	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	51
ELMIRON.....	EPRONTIA.....	137	<i>falmina (28)</i>	128
ELREXFIO.....	ERBITUX.....	6	<i>famciclovir</i>	155
<i>eluryng</i>	<i>ergoloid</i>	21	<i>famotidine</i>	77
EMBRACE PEN NEEDLE. 173	ERIVEDGE.....	6	<i>famotidine (pf)</i>	77
EMCYT.....	ERLEADA.....	6	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> ..	77
EMEND.....	<i>erlotinib</i>	6	FANAPT.....	35
EMGALITY PEN.....	<i>errin</i>	128	FARXIGA.....	21
EMGALITY SYRINGE.....	<i>ertapenem</i>	119	FARYDAK.....	7
<i>emoquette</i>	<i>ery pads</i>	75	FASENRA.....	65
EMSAM.....	<i>erythromycin</i>	102, 122	FASENRA PEN.....	64
<i>emtricitabine</i>	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...	122	<i>febuxostat</i>	27
<i>emtricitabine-tenofov</i> (<i>tdf</i>) ..	<i>erythromycin with ethanol</i>	75	<i>felbamate</i>	137
EMTRIVA.....	<i>escitalopram oxalate</i>	142	FEMRING.....	83
<i>enalapril maleate</i>	<i>esomeprazole magnesium</i>	76, 77	<i>femynor</i>	128

<i>fenofibrate</i>	51	<i>fluphenazine hcl</i>	35, 36	<i>gavilyte-g</i>	80
<i>fenofibrate micronized</i>	51	<i>flurbiprofen</i>	111	<i>gavilyte-n</i>	80
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	51	<i>flurbiprofen sodium</i>	105	GAVRETO	7
<i>fenofibric acid (choline)</i>	51	<i>flutamide</i>	7	<i>gefitinib</i>	7
<i>fentanyl</i>	113	<i>fluticasone propionate</i>	72, 105	<i>gemfibrozil</i>	51
<i>fentanyl citrate</i>	113	<i>fluvastatin</i>	51	<i>generlac</i>	78
FERRIPROX	117	<i>fluvoxamine</i>	143	<i>gengraf</i>	91
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	116	<i>folivane-ob</i>	212	<i>gentak</i>	102
<i>fesoterodine</i>	81	<i>fondaparinux</i>	207	<i>gentamicin</i>	75, 102, 117
FETZIMA	143	FORTEO	57	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	117
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	24	<i>fosamprenavir</i>	150	<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	117
FIASP PENFILL U-100 INSULIN	24	<i>fosaprepitant</i>	29	GENVOYA	150
FIASP U-100 INSULIN	24	<i>foscarnet</i>	154	GILENYA	61
<i>finasteride</i>	81	<i>fosinopril</i>	54	GILOTRIF	7
<i> fingolimod</i>	61	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> ..	54	<i>glatiramer</i>	61
FINTEPLA	137	<i>fosphenytoin</i>	137	<i>glatopa</i>	61
FIRVANQ	118	FOTIVDA	7	GLEOSTINE	8
FLEBOGAMMA DIF	90	FREESTYLE PRECISION ..	174	<i>glimepiride</i>	26
<i>flecainide</i>	43	FULPHILA	208	<i>glipizide</i>	26
FLOVENT DISKUS	67	<i>fulvestrant</i>	7	<i>glipizide-metformin</i>	26
FLOVENT HFA	67	<i>furosemide</i>	53	<i>glyburide</i>	26
<i>floxuridine</i>	7	FUZEON	150	<i>glyburide micronized</i>	26
<i>fluconazole</i>	145	FYARRO	7	<i>glyburide-metformin</i>	27
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> ..	145	<i>fyavolv</i>	83	<i>glycopyrrolate</i>	78
<i>flucytosine</i>	145	FYCOMPA	137, 138	<i>glydo</i>	115
<i>fludrocortisone</i>	84	<i>gabapentin</i>	138	GLYXAMBI	21
<i>flumazenil</i>	61	GALAFOLD	210	<i>granisetron (pf)</i>	30
<i>flunisolide</i>	105	<i>galantamine</i>	21	<i>granisetron hcl</i>	30
<i>fluocinolone</i>	71	GAMIFANT	90	GRANIX	209
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	105	GAMMAGARD LIQUID	90	<i>griseofulvin microsize</i>	145
<i>fluocinonide</i>	71	GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	90	<i>guanfacine</i>	43, 61
<i>fluocinonide-emollient</i>	71	GAMMAPLEX	91	GVOKE	108
<i>fluoride (sodium)</i>	70	GAMMAPLEX (WITH SORBITOL)	91	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	107
<i>fluorometholone</i>	105	GARDASIL 9 (PF)	96	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	107
<i>fluorouracil</i>	7, 74	<i>gatifloxacin</i>	102	HAEGARDA	209
<i>fluoxetine</i>	143	GATTEX 30-VIAL	78	<i>hailey</i>	129
<i>fluphenazine decanoate</i>	35	GAUZE PAD	174	<i>hailey 24 fe</i>	128
		<i>gavilyte-c</i>	80	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	129

<i>hailey fe 1120 (28)</i>	129	HUMULIN R U-500		<i>incassia</i>	129
<i>halobetasol propionate</i>	72	(CONC) KWIKPEN.....	24	INCONTROL ALCOHOL	
<i>haloette</i>	129	<i>hydralazine</i>	48	PADS.....	74
<i>haloperidol</i>	36	<i>hydrochlorothiazide</i>	53	INCONTROL PEN	
<i>haloperidol decanoate</i>	36	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ...	113	NEEDLE.....	176
<i>haloperidol lactate</i>	36	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	113	INCRELEX.....	86
HARVONI.....	154	<i>hydrocortisone</i>	56, 72, 85	<i>indapamide</i>	53
HAVRIX (PF).....	96	<i>hydrocortisone butyrate</i>	72	<i>indomethacin</i>	111
HEALTHWISE INSULIN		<i>hydrocortisone valerate</i>	72	INFANRIX (DTAP) (PF).....	97
SYRINGE.....	175	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	103	<i>infliximab</i>	92
HEALTHWISE PEN		<i>hydrocortisone-min oil-wht pet.</i>	72	INLYTA.....	9
NEEDLE.....	175	<i>hydromorphone</i>	113	INPEN (FOR HUMALOG)	
HEALTHY ACCENTS		<i>hydromorphone (pf)</i>	113	BLUE.....	176
UNIFINE PENTIP.....	175, 176	<i>hydroxychloroquine</i>	31	INPEN (NOVOLOG OR	
<i>heather</i>	129	<i>hydroxyurea</i>	8	FIASP) BLUE.....	176
<i>heparin (porcine)</i>	207	<i>hydroxyzine hcl</i>	147	INQOVI.....	9
<i>heparin, porcine (pf)</i>	207	<i>hydroxyzine pamoate</i>	108	INREBIC.....	9
HEPLISAV-B (PF).....	97	<i>ibandronate</i>	57	INSULIN SYR/NDL U100	
HERCEPTIN HYLECTA.....	8	IBRANCE.....	8	HALF MARK.....	176
HERZUMA.....	8	<i>ibu</i>	111	INSULIN SYRINGE.....	159
HIBERIX (PF).....	97	<i>ibuprofen</i>	111	INSULIN SYRINGE	
HUMIRA.....	91	<i>ibuprofen-famotidine</i>	111	MICROFINE.....	159
HUMIRA PEN.....	91	<i>icatibant</i>	48	INSULIN SYRINGE	
HUMIRA PEN CROHNS-		<i>iclevia</i>	129	NEEDLELESS.....	159
UC-HS START.....	91	ICLUSIG.....	8	INSULIN SYRINGE-	
HUMIRA PEN PSOR-		IDHIFA.....	8	NEEDLE U-100	
UVEITS-ADOL HS.....	91	<i>ifosfamide</i>	8	159, 161, 173, 174, 176, 177, 186,	
HUMIRA(CF).....	92	IGALMI.....	108	187, 191, 192	
HUMIRA(CF) PEDI		ILEVRO.....	105	INSUPEN PEN NEEDLE... 178	
CROHNS STARTER.....	91	<i>imatinib</i>	8	INTELENCE.....	150
HUMIRA(CF) PEN.....	92	IMBRUVICA.....	8	INTRALIPID.....	42
HUMIRA(CF) PEN		<i>imipenem-cilastatin</i>	119	INTRON A.....	155
CROHNS-UC-HS.....	91	<i>imipramine hcl</i>	143	INVEGA HAFYERA.....	36
HUMIRA(CF) PEN		<i>imiquimod</i>	74	INVEGA SUSTENNA.....	36
PEDIATRIC UC.....	91	IMJUDO.....	9	INVEGA TRINZA.....	37
HUMIRA(CF) PEN PSOR-		IMLYGIC.....	9	INVELTYS.....	105
UV-ADOL HS.....	91	IMOVAX RABIES		INVIRASE.....	150
HUMULIN R U-500		VACCINE (PF).....	97	IPOL.....	97
(CONC) INSULIN.....	24	IMPAVIDO.....	31	<i>ipratropium bromide</i>	68, 107
		INBRIJA.....	33	<i>ipratropium-albuterol</i>	69

<i>irbesartan</i>	48	<i>kalliga</i>	130	<i>larin 1/20 (21)</i>	130
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	49	KALYDECO	65	<i>larin 24 fe</i>	130
ISENTRESS	150	<i>kariva (28)</i>	130	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	130
ISENTRESS HD	150	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	130	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	130
<i>isibloom</i>	129	<i>kelnor 1-50 (28)</i>	130	<i>larissia</i>	130
ISOLYTE S PH 7.4	204	KERENDIA	55	<i>latanoprost</i>	101
ISOLYTE-P IN 5 %		KESIMPTA PEN	61	<i>leflunomide</i>	92
DEXTROSE	204	<i>ketoconazole</i>	146	<i>lenalidomide</i>	10
ISOLYTE-S	204	<i>ketorolac</i>	105, 111	LENVIMA	10
<i>isoniazid</i>	147	KEVZARA	92	<i>lessina</i>	130
<i>isosorbide dinitrate</i>	55	KEYTRUDA	9	<i>letrozole</i>	10
<i>isosorbide mononitrate</i>	55	KIMMTRAK	9	<i>leucovorin calcium</i>	108
<i>isosorbide-hydralazine</i>	55	KINRIX (PF)	97	LEUKERAN	10
<i>isradipine</i>	50	KISQALI	9, 10	LEUKINE	209
<i>itraconazole</i>	146	KISQALI FEMARA CO-		<i>leuprolide</i>	10
IV PREP WIPES	74	PACK	9	<i>leuprolide (3 month)</i>	10
<i>ivermectin</i>	31	KLISYRI	74	<i>levetiracetam</i>	138
IXIARO (PF)	97	<i>klor-con m10</i>	204	<i>levobunolol</i>	101
<i>jaimiess</i>	129	<i>klor-con m15</i>	204	<i>levocarnitine</i>	108
JAKAFI	9	<i>klor-con m20</i>	204	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	108
<i>jantoven</i>	207	KLOXXADO	19	<i>levocetirizine</i>	147
JARDIANCE	21	KORLYM	22	<i>levofloxacin</i>	103, 107, 124
<i>jasmiel (28)</i>	129	KOSELUGO	10	<i>levofloxacin in d5w</i>	124
<i>javygtor</i>	210	<i>kosher prenatal plus iron</i>	212	<i>levonest (28)</i>	130
JAYPIRCA	9	KRAZATI	10	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	
JEMPERLI	9	KRINTAFEL	31	.....	130, 131
<i>jencycla</i>	129	<i>kurvelo (28)</i>	130	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> ...	131
JENTADUETO	22	KYNMOBI	33	<i>levora-28</i>	131
JENTADUETO XR	22	<i>l norgestle.estradiol-e.estrad</i> ...	130	<i>levothyroxine</i>	81
<i>jinteli</i>	83	<i>labetalol</i>	45	LEXIVA	151
<i>juleber</i>	129	<i>lacosamide</i>	138	<i>lidocaine</i>	116
JULUCA	150	<i>lactulose</i>	78	<i>lidocaine (pf)</i>	43, 115, 116
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	129	<i>lagevrio (eua)</i>	155	<i>lidocaine hcl</i>	116
<i>junel 1/20 (21)</i>	129	<i>lamivudine</i>	151	<i>lidocaine viscous</i>	116
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	129	<i>lamivudine-zidovudine</i>	151	<i>lidocaine-prilocaine</i>	116
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	129	<i>lamotrigine</i>	138	<i>lillow (28)</i>	131
<i>junel fe 24</i>	129	<i>lanreotide</i>	86	<i>linezolid</i>	118
JUXTAPID	51	<i>lansoprazole</i>	77	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	118
JYNNEOS		<i>lapatinib</i>	10	LINZESS	78
(PF)(STOCKPILE)	97	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	130	<i>liothyronine</i>	82

LISCO.....	178	LYBALVI.....	37	MAXICOMFORT INSULIN	
<i>lisinopril</i>	54	<i>lyleq</i>	131	SYRINGE.....	180
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	54	<i>lyllana</i>	83	MAXI-COMFORT	
LITE TOUCH INSULIN		LYNPARZA.....	11	INSULIN SYRINGE.....	180
PEN NEEDLES.....	178	LYSODREN.....	11	MAXICOMFORT SAFETY	
LITE TOUCH INSULIN		LYTGOBI.....	11	PEN NEEDLE.....	180
SYRINGE.....	178, 179	<i>lyza</i>	131	MAYZENT.....	62
<i>lithium carbonate</i>	61, 62	MAGELLAN INSULIN		MAYZENT	
<i>lithium citrate</i>	62	SAFETY SYRNG.....	180	STARTER(FOR 1MG	
LIVALO.....	51	MAGELLAN SYRINGE.....	179	MAINT).....	62
<i>lojaimiess</i>	131	<i>magnesium sulfate</i>	205	MAYZENT	
LOKELMA.....	78	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	204	STARTER(FOR 2MG	
LONSURF.....	10	<i>magnesium sulfate in water</i>		MAINT).....	62
<i>loperamide</i>	78	.....	204, 205	<i>meclizine</i>	30
<i>lopinavir-ritonavir</i>	151	<i>malathion</i>	76	<i>medroxyprogesterone</i>	88
<i>lorazepam</i>	20	<i>maprotiline</i>	143	<i>mefenamic acid</i>	111
LORBRENA.....	10, 11	<i>maraviroc</i>	151	<i>mefloquine</i>	31
<i>loryna (28)</i>	131	MARGENZA.....	11	<i>megestrol</i>	11, 88
<i>losartan</i>	49	<i>marlissa (28)</i>	131	MEKINIST.....	11
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> ...	49	<i>marnatal-f</i>	212	MEKTOVI.....	12
LOTEMAX.....	105	MARPLAN.....	143	<i>meloxicam</i>	111
LOTEMAX SM.....	105	MATULANE.....	11	<i>memantine</i>	21
<i>loteprednol etabonate</i>	105	<i>matzim la</i>	46	MENACTRA (PF).....	97
<i>lovastatin</i>	51	MAVENCLAD (10 TABLET		MENQUADFI (PF).....	97
<i>low-ogestrel (28)</i>	131	PACK).....	62	MENVEO A-C-Y-W-135-	
<i>loxapine succinate</i>	37	MAVENCLAD (4 TABLET		DIP (PF).....	97
<i>lo-zumandimine (28)</i>	131	PACK).....	62	<i>mercaptopurine</i>	12
<i>lubiprostone</i>	79	MAVENCLAD (5 TABLET		<i>meropenem</i>	120
LUMAKRAS.....	11	PACK).....	62	<i>merzee</i>	131
LUMIGAN.....	101	MAVENCLAD (6 TABLET		<i>mesalamine</i>	56
LUNSUMIO.....	11	PACK).....	62	<i>mesna</i>	108
LUPRON DEPOT.....	86	MAVENCLAD (7 TABLET		MESNEX.....	108
LUPRON DEPOT (3		PACK).....	62	<i>metformin</i>	22
MONTH).....	11, 86	MAVENCLAD (8 TABLET		<i>methadone</i>	113, 114
LUPRON DEPOT (4		PACK).....	62	<i>methadose</i>	114
MONTH).....	11	MAVENCLAD (9 TABLET		<i>methenamine hippurate</i>	118
LUPRON DEPOT (6		PACK).....	62	<i>methimazole</i>	82
MONTH).....	11	MAXICOMFORT II PEN		<i>methocarbamol</i>	212
<i>lurasidone</i>	37	NEEDLE.....	180	<i>methotrexate sodium</i>	12
<i>lutera (28)</i>	131			<i>methotrexate sodium (pf)</i>	12

<i>methoxsalen</i>	74	<i>mondoxyne nl</i>	125	<i>nefazodone</i>	143
<i>methscopolamine</i>	79	MONOJECT INSULIN		<i>neomycin</i>	117
<i>methsuximide</i>	138	SAFETY SYRINGE	182	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> ...	103
<i>methyl dopa</i>	43	MONOJECT INSULIN		<i>neomycin-bacitracin-</i>	
<i>methylphenidate hcl</i>	62, 63	SYRINGE	181, 182	<i>polymyxin</i>	103
<i>methylprednisolone</i>	85	MONOJECT SYRINGE	181	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	75
<i>methylprednisolone acetate</i>	85	MONOJECT ULTRA		<i>neomycin-polymyxin b-</i>	
<i>methylprednisolone sodium</i>		COMFORT INSULIN	198	<i>dexameth</i>	103
<i>succ</i>	85	<i>mono-linyah</i>	132	<i>neomycin-polymyxin-</i>	
<i>metoclopramide hcl</i>	79	<i>montelukast</i>	67	<i>gramicidin</i>	103
<i>metolazone</i>	53	<i>morphine</i>	114	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	103
<i>metoprolol succinate</i>	45	MORPHINE	114	<i>neo-polycin</i>	104
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	45	<i>morphine concentrate</i>	114	<i>neo-polycin hc</i>	103
<i>metoprolol tartrate</i>	45	MOUNJARO	22	NERLYNX	12
<i>metronidazole</i>	75, 117, 119	MOVANTIK	79	NEULASTA	209
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	119	<i>moxifloxacin</i>	103, 124	NEULASTA ONPRO	209
<i>metryrosine</i>	48	MULTAQ	44	NEUPRO	33
<i>mexiletine</i>	44	<i>mupirocin</i>	75	<i>nevirapine</i>	151
<i>miconazole-3</i>	146	MVASI	12	<i>newgen</i>	213
MICRODOT INSULIN PEN		<i>mycophenolate mofetil</i>	92	NEXLETOL	51
NEEDLE	180	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	92	NEXLIZET	52
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	131	<i>mynatal</i>	212	<i>niacin</i>	52
<i>midodrine</i>	43	<i>mynatal advance</i>	212	<i>niacor</i>	52
<i>miglustat</i>	211	<i>mynatal plus</i>	212	<i>nicardipine</i>	50
<i>mili</i>	131	<i>mynatal-z</i>	212	NICOTROL	19
<i>mimvey</i>	83	<i>mynate 90 plus</i>	213	<i>nifedipine</i>	50
MINI ULTRA-THIN II	181	MYRBETRIQ	81	<i>nikki (28)</i>	132
<i>minitran</i>	55	<i>nabumetone</i>	111	<i>nilutamide</i>	12
<i>minocycline</i>	125	<i>nafacillin</i>	123	NINLARO	12
<i>minoxidil</i>	55	<i>nafacillin in dextrose iso-osm</i>	123	<i>nitazoxanide</i>	31
<i>mirtazapine</i>	143	<i>naloxone</i>	19	<i>nitisinone</i>	108, 211
<i>misoprostol</i>	77	<i>naltrexone</i>	19	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	119
MITIGARE	27	<i>naproxen</i>	112	<i>nitrofurantoin monohydlm-</i>	
<i>mitoxantrone</i>	12	<i>naratriptan</i>	28	<i>cryst</i>	119
M-M-R II (PF)	98	NATACYN	103	<i>nitroglycerin</i>	56
<i>m-natal plus</i>	212	<i>nateglinide</i>	22	<i>niva-plus</i>	213
<i>modafinil</i>	58, 59	NATPARA	57	NIVESTYM	209
<i>moexipril</i>	54	NAYZILAM	138	<i>nizatidine</i>	77
<i>molindone</i>	37	<i>nebivolol</i>	45	NORDITROPIN FLEXPRO	86
<i>mometasone</i>	72, 105	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	132	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	132

<i>norethindrone acetate</i>	88	NUCALA.....	65	OMNIPOD 5 G6 PODS	
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>		NULOJIX.....	92	(GEN 5).....	182
.....	84, 132	NUPLAZID.....	37	OMNIPOD CLASSIC PDM	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> .	132	NURTEC ODT.....	28	KIT(GEN 3).....	183
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> .	132	NUTRILIPID.....	42	OMNIPOD CLASSIC PODS	
<i>norlyda</i>	132	<i>nyamyc</i>	146	(GEN 3).....	183
NORMOSOL-M IN 5 %		<i>nylia 1/35 (28)</i>	133	OMNIPOD DASH INTRO	
DEXTROSE.....	205	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	133	KIT (GEN 4).....	183
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	132	<i>nymyo</i>	133	OMNIPOD DASH PDM	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	132	<i>nystatin</i>	146	KIT (GEN 4).....	183
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	133	<i>nystatin-triamcinolone</i>	146	OMNIPOD DASH PODS	
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	133	<i>nystop</i>	146	(GEN 4).....	183
<i>nortriptyline</i>	143	NYVEPRIA.....	209	OMNIPOD GO PODS.....	183
NORVIR.....	151	<i>obstetrix dha</i>	213	OMNIPOD GO PODS 10	
NOVOFINE 30.....	182	<i>obstetrix dha prenatal duo</i>	213	UNITS/DAY.....	183
NOVOFINE 32.....	182	<i>o-cal prenatal</i>	213	OMNIPOD GO PODS 15	
NOVOFINE PLUS.....	182	OICALIVA.....	79	UNITS/DAY.....	183
NOVOLIN 70/30 U-100		OCREVUS.....	63	OMNIPOD GO PODS 20	
INSULIN.....	24	OCTAGAM.....	92	UNITS/DAY.....	183
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN		<i>octreotide acetate</i>	86, 87	OMNIPOD GO PODS 25	
U-100.....	24	ODEFSEY.....	151	UNITS/DAY.....	183
NOVOLIN N FLEXPEN.....	25	ODOMZO.....	12	OMNIPOD GO PODS 30	
NOVOLIN N NPH U-100		OFEV.....	65	UNITS/DAY.....	183
INSULIN.....	25	<i>ofloxacin</i>	104	OMNIPOD GO PODS 40	
NOVOLIN R FLEXPEN.....	25	OGIVRI.....	12	UNITS/DAY.....	183
NOVOLIN R REGULAR		<i>olanzapine</i>	37	<i>ondansetron</i>	30
U100 INSULIN.....	25	<i>olmesartan</i>	49	<i>ondansetron hcl</i>	30
NOVOLOG FLEXPEN U-		<i>olmesartan-amlodipin-</i>		<i>ondansetron hcl (pf)</i>	30
100 INSULIN.....	25	<i>hcthiazyd</i>	49	ONTRUZANT.....	12
NOVOLOG MIX 70-30 U-		<i>olmesartan-</i>		ONUREG.....	12
100 INSULN.....	25	<i>hydrochlorothiazide</i>	49	OPDIVO.....	12
NOVOLOG MIX 70-		<i>olopatadine</i>	107	OPDUALAG.....	13
30FLEXPEN U-100.....	25	OLUMIANT.....	92	OPSUMIT.....	109
NOVOLOG PENFILL U-100		<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	52	<i>oralone</i>	70
INSULIN.....	25	<i>omeprazole</i>	77	ORENCIA.....	93
NOVOLOG U-100 INSULIN		<i>omeprazole-sodium</i>		ORENCIA (WITH	
ASPART.....	25	<i>bicarbonate</i>	77	MALTOSE).....	92
NOVOTWIST.....	182	OMNIPOD 5 G6 INTRO		ORENCIA CLICKJECT.....	93
NOXAFIL.....	146	KIT (GEN 5).....	182	ORFADIN.....	211
NUBEQA.....	12			ORGOVYX.....	87

ORLISSA.....	87	PEN NEEDLE, DIABETIC	.....164, 180, 181, 184, 186	<i>piroxicam</i>	112
ORKAMBI.....	65	PEN NEEDLE, DIABETIC,		PLASMA-LYTE A.....	205
ORSERDU.....	13	SAFETY.....	187	PLEGRIDY.....	63, 64
<i>orsythia</i>	133	<i>penicillamine</i>	117	<i>pnv 29-1</i>	213
<i>oseltamivir</i>	154	<i>penicillin g potassium</i>	123	<i>pnv-dha + docusate</i>	213
OSMOLEX ER.....	33	<i>penicillin g procaine</i>	123	<i>pnv-omega</i>	213
OTEZLA.....	93	<i>penicillin v potassium</i>	123	<i>podofilox</i>	74
OTEZLA STARTER.....	93	PENTACEL (PF).....	98	<i>polycin</i>	104
<i>oxandrolone</i>	82	<i>pentamidine</i>	31	<i>polymyxin b sulfate</i>	119
<i>oxazepam</i>	20	PENTIPS.....	184, 185	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	104
<i>oxcarbazepine</i>	138, 139	<i>pentoxifylline</i>	208	POMALYST.....	13
OXLUMO.....	108	<i>perindopril erbumine</i>	55	<i>portia 28</i>	133
<i>oxybutynin chloride</i>	81	<i>periogard</i>	70	<i>posaconazole</i>	146
<i>oxycodone</i>	114	<i>permethrin</i>	76	<i>potassium chloride</i>	205
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	..... 114, 115	<i>perphenazine</i>	38	<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	..... 205
OXYCONTIN.....	115	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	144	<i>potassium citrate</i>	205, 206
<i>oxymorphone</i>	115	PERSERIS.....	38	<i>pr natal 400</i>	213
OZEMPIC.....	22	<i>pfizerpen-g</i>	123	<i>pr natal 400 ec</i>	213
<i>pacerone</i>	44	<i>phenelzine</i>	144	<i>pr natal 430</i>	213
<i>paclitaxel protein-bound</i>	13	<i>phenobarbital</i>	139	<i>pr natal 430 ec</i>	213
<i>paliperidone</i>	37, 38	<i>phenylephrine hcl</i>	43	PRALUENT PEN.....	52
PALYNZIQ.....	211	<i>phenytoin</i>	139	<i>pramipexole</i>	33
PANRETIN.....	74	<i>phenytoin sodium</i>	139	<i>prasugrel</i>	208
<i>pantoprazole</i>	77, 78	<i>phenytoin sodium extended</i>	139	<i>pravastatin</i>	52
<i>paricalcitol</i>	57, 58	<i>philith</i>	133	<i>prazosin</i>	43
<i>paroex oral rinse</i>	70	PHOSLYRA.....	80	<i>prednicarbate</i>	72
<i>paromomycin</i>	31	PIFELTRO.....	151	<i>prednisolone</i>	85
<i>paroxetine hcl</i>	143, 144	<i>pilocarpine hcl</i>	70, 101	<i>prednisolone acetate</i>	105
PAXLOVID.....	154	<i>pimecrolimus</i>	72	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	..... 85, 106
PEDIARIX (PF).....	98	<i>pimozide</i>	38	<i>prednisone</i>	85
PEDVAX HIB (PF).....	98	<i>pimtreea (28)</i>	133	<i>pregabalin</i>	139
PEGASYS.....	155	<i>pindolol</i>	45	PREHEVBRIO (PF).....	98
<i>peg-electrolyte soln</i>	80	<i>pioglitazone</i>	22	PREMARIN.....	84
PEMAZYRE.....	13	<i>pioglitazone-metformin</i>	23	PREMPHASE.....	84
<i>pemetrexed</i>	13	PIP PEN NEEDLE.....	185	PREMPRO.....	84
<i>pemetrexed disodium</i>	13	<i>piperacillin-tazobactam</i>	124	<i>prenal true</i>	213
PEN NEEDLE.....	174, 184, 187	PIQRAY.....	13	<i>prenaissance</i>	213
		<i>pirfenidone</i>	65	<i>prenaissance plus</i>	213
		<i>pirmella</i>	133		

<i>prenatabs fa</i>	213	<i>progesterone</i>	88	<i>raloxifene</i>	84
<i>prenatal 19</i>	214	<i>progesterone micronized</i>	88	<i>ramipril</i>	55
<i>prenatal 19 (with docusate)</i> ..	213	PROGRAF	93	<i>ranolazine</i>	48
<i>prenatal low iron</i>	214	PROLASTIN-C	65	<i>rasagiline</i>	33
<i>prenatal plus</i>	214	PROLENSA	106	RASUVO (PF)	93
<i>prenatal plus (calcium carb)</i> ..	213	PROLIA	58	RAVICTI	79
<i>prenatal vitamin plus low iron</i> ..	214	PROMACTA	209	RAYALDEE	58
<i>prenatal-u</i>	214	<i>promethazine</i>	30, 147	<i>reclipsen (28)</i>	133
<i>preplus</i>	214	<i>promethegan</i>	31	RECOMBIVAX HB (PF)	99
<i>pretab</i>	214	<i>propafenone</i>	44	RECTIV	108
PRETOMANID	147	<i>proparacaine</i>	107	RELENZA DISKHALER ...	154
<i>prevalite</i>	52	<i>propranolol</i>	45	RELEUKO	210
PREVENT DROPSAFE		<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i> ..	45	RELION NEEDLES	186
PEN NEEDLE	185	<i>propylthiouracil</i>	82	RELION PEN NEEDLES ...	187
<i>previfem</i>	133	PROQUAD (PF)	98	<i>repaglinide</i>	23
PREVYMIS	154	PROSOL 20 %	42	REPATHA PUSHTRONEX ..	52
PREZCOBIX	151	<i>protamine</i>	206	REPATHA SURECLICK	52
PREZISTA	151, 152	<i>protriptyline</i>	144	REPATHA SYRINGE	52
PRIFTIN	147	PULMOZYME	211	RESTASIS	106
PRIMAQUINE	31	PURE COMFORT		RESTASIS MULTIDOSE ...	106
<i>primidone</i>	139	ALCOHOL PADS	74	RETACRIT	210
PRIORIX (PF)	98	PURE COMFORT PEN		RETEVMO	13
PRIVIGEN	93	NEEDLE	186	RETROVIR	152
PRO COMFORT		PURE COMFORT SAFETY		<i>revonto</i>	212
ALCOHOL PADS	74	PEN NEEDLE	186	REXULTI	38
PRO COMFORT INSULIN		PURIXAN	13	REYATAZ	152
SYRINGE	185	<i>pyrazinamide</i>	148	REZLIDHIA	13
PRO COMFORT PEN		<i>pyridostigmine bromide</i>	108	REZUROCK	93
NEEDLE	185	<i>pyrimethamine</i>	31	RHOPRESSA	101
<i>probenecid</i>	27	QINLOCK	13	RIABNI	13
<i>probenecid-colchicine</i>	27	QUADRACEL (PF)	98, 99	<i>ribavirin</i>	155
<i>procainamide</i>	44	<i>quetiapine</i>	38	RIDAURA	93
PROCALAMINE 3%	42	<i>quinapril</i>	55	<i>rifabutin</i>	148
<i>prochlorperazine</i>	30	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	55	<i>rifampin</i>	148
<i>prochlorperazine edisylate</i>	30	<i>quinidine gluconate</i>	44	<i>rilpivirine</i>	152
<i>prochlorperazine maleate</i>	30	<i>quinidine sulfate</i>	44	<i>riluzole</i>	64
<i>proctosol hc</i>	72	<i>quinine sulfate</i>	32	<i>rimantadine</i>	154
<i>proctozone-hc</i>	72	QULIPTA	28	RINVOQ	93
PRODIGY INSULIN		RABAVERT (PF)	99	<i>risedronate</i>	58
SYRINGE	186	<i>rabeprazole</i>	78	RISPERDAL CONSTA	38

<i>risperidone</i>	38, 39	SELZENTRY.....	152	SOMATULINE DEPOT.....	87
<i>ritonavir</i>	152	SEMGLEE(INSULIN		SOMAVERT.....	87
RITUXAN HYCELA.....	14	GLARGINE-YFGN).....	25	<i>sorafenib</i>	14
<i>rivastigmine</i>	21	SEMGLEE(INSULIN		<i>sorine</i>	46
<i>rivastigmine tartrate</i>	21	GLARG-YFGN)PEN.....	26	<i>sotalol</i>	46
<i>rizatriptan</i>	28	<i>se-natal 19 chewable</i>	214	<i>sotalol af</i>	46
<i>r-natal ob</i>	214	SEREVENT DISKUS.....	69	SPIRIVA RESPIMAT.....	69
ROCKLATAN.....	102	SEROSTIM.....	87	SPIRIVA WITH	
<i>roflumilast</i>	66	<i>sertraline</i>	144	HANDIHALER.....	69
<i>ropinirole</i>	33	<i>setlakin</i>	133	<i>spironolactone</i>	53
<i>rosadan</i>	76	<i>sevelamer carbonate</i>	80	SPRAVATO.....	144
<i>rosuvastatin</i>	52	<i>sevelamer hcl</i>	80	<i>sprintec (28)</i>	134
ROTARIX.....	99	SEZABY.....	139	SPRITAM.....	139, 140
ROTATEQ VACCINE.....	99	<i>sf 5000 plus</i>	70	SPRYCEL.....	14
ROZLYTREK.....	14	<i>sharobel</i>	133	<i>sps (with sorbitol)</i>	79
RUBRACA.....	14	SHINGRIX (PF).....	99	<i>sronyx</i>	134
<i>rufinamide</i>	139	SIGNIFOR.....	87	<i>ssd</i>	76
RUKOBIA.....	152	SIKLOS.....	206	<i>stavudine</i>	152
RUXIENCE.....	14	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	109	STELARA.....	94
RYBELSUS.....	23	<i>silver sulfadiazine</i>	76	STERILE PADS.....	188
RYBREVANT.....	14	SIMBRINZA.....	102	STIOLTO RESPIMAT.....	69
RYDAPT.....	14	<i>simliya (28)</i>	133	STIVARGA.....	14
SAFESNAP INSULIN		<i>simpesse</i>	133	STRENSIQ.....	211
SYRINGE.....	187	<i>simvastatin</i>	52	<i>streptomycin</i>	117
SAFETY PEN NEEDLE.....	187	<i>sirolimus</i>	93	STRIBILD.....	152
<i>sajazir</i>	48	SIRTURO.....	148	STRIVERDI RESPIMAT.....	69
SANTYL.....	74	SKY SAFETY PEN		<i>subvenite</i>	140
<i>sapropterin</i>	211	NEEDLE.....	188	<i>sucrafate</i>	78
SAVELLA.....	64	SKYRIZI.....	93, 94	<i>sulfacetamide sodium</i>	104
SCSEMBLIX.....	14	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	206	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	76
<i>scopolamine base</i>	31	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	206	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	104
SECUADO.....	39	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	70	<i>sulfadiazine</i>	124
SECURESAFE INSULIN		<i>sodium oxybate</i>	59	<i>sulfamethoxazole-</i>	
SYRINGE.....	188	<i>sodium phenylbutyrate</i>	79	<i>trimethoprim</i>	124
SECURESAFE PEN		<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	79	<i>sulfasalazine</i>	56
NEEDLE.....	188	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>	80	<i>sulindac</i>	112
<i>select-ob</i>	214	SOLQUA 100/33.....	26	<i>sumatriptan</i>	28
<i>select-ob (folic acid)</i>	214	SOLTAMOX.....	14	<i>sumatriptan succinate</i>	28
<i>selegiline hcl</i>	33	SOLU-CORTEF ACT-O-		<i>sumatriptan-naproxen</i>	28
<i>selenium sulfide</i>	76	VIAL (PF).....	85	<i>sunitinib malate</i>	14

SUNLENCA.....	152	TAKHZYRO.....	109	<i>testosterone</i>	82
SUNOSI.....	59	TALTZ AUTOINJECTOR....	94	<i>testosterone cypionate</i>	82
SUPREP BOWEL PREP KIT.....	80	TALTZ SYRINGE.....	94	<i>testosterone enanthate</i>	82
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS.....	74	TALVEY.....	15	TETANUS,DIPHThERIA	
SURE COMFORT INS.		TALZENNA.....	15	TOX PED(PF).....	100
SYR. U-100.....	188	<i>tamoxifen</i>	15	<i>tetrabenazine</i>	64
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE....	188, 189	<i>tamsulosin</i>	81	<i>tetracycline</i>	125
SURE COMFORT PEN NEEDLE.....	189	<i>tarina 24 fe</i>	134	THALOMID.....	109
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	188	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	134	<i>theophylline</i>	69
SURE-FINE PEN NEEDLES.....	189	<i>taron-c dha</i>	214	THINPRO INSULIN SYRINGE.....	192
SURE-JECT INSULIN SYRINGE.....	190	<i>taron-prex prenatal-dha</i>	214	<i>thioridazine</i>	39
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS.....	74	TASCENSO ODT.....	64	<i>thiothixene</i>	39
SUTAB.....	80	TASIGNA.....	15	<i>tiadylt er</i>	47
<i>syeda</i>	134	<i>tasimelteon</i>	59	<i>tiagabine</i>	140
SYMBICORT.....	67	<i>tazarotene</i>	76	TIBSOVO.....	15
SYMDEKO.....	66	TAZORAC.....	76	TICE BCG.....	15
SYMLINPEN 120.....	23	<i>taztia xt</i>	47	TICOVAC.....	100
SYMLINPEN 60.....	23	TAZVERIK.....	15	<i>tigecycline</i>	125
SYMPAZAN.....	140	TDVAX.....	99	<i>timolol maleate</i>	46, 102
SYMTUZA.....	152	TECHLITE INSULIN SYRINGE.....	191	<i>tiopronin</i>	81
SYNAREL.....	87	TECHLITE INSULN		TIVDAK.....	15
SYNJARDY.....	23	SYR(HALF UNIT).....	190	TIVICAY.....	153
SYNJARDY XR.....	23	TECHLITE PEN NEEDLE.	191	TIVICAY PD.....	153
SYNRIBO.....	14	TECVAYLI.....	15	<i>tizanidine</i>	212
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY.....	187	TEFLARO.....	121	<i>tobramycin</i>	104, 117
TABLOID.....	14	<i>telmisartan</i>	49	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	117
TABRECTA.....	15	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> .	49	<i>tobramycin sulfate</i>	118
<i>tacrolimus</i>	72, 94	<i>temazepam</i>	21	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	104
<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>	110	TEMIXYS.....	152	<i>tolterodine</i>	81
TAFINLAR.....	15	TENIVAC (PF).....	99	TOPCARE CLICKFINE....	192
TAGRISSO.....	15	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	152	TOPCARE ULTRA COMFORT.....	193
		TEPMETKO.....	15	<i>topiramate</i>	140
		<i>terazosin</i>	81	<i>toposar</i>	15
		<i>terbinafine hcl</i>	146	<i>toremifene</i>	16
		<i>terbutaline</i>	69	<i>torse mide</i>	53
		<i>terconazole</i>	117	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR.....	26
		<i>teriflunomide</i>	64		
		TERUMO INSULIN SYRINGE.....	192		

TOUJEO SOLOSTAR U-300	TRINTELLIX.....	144	TYSABRI.....	94
INSULIN.....	<i>tri-nymyo</i>	134	UBRELVY.....	28
TRACLEER.....	<i>tri-previfem (28)</i>	134	UDENYCA.....	210
TRADJENTA.....	<i>tri-sprintec (28)</i>	134	UDENYCA	
<i>tramadol</i>	TRIUMEQ.....	153	AUTOINJECTOR.....	210
<i>tramadol-acetaminophen</i>	TRIUMEQ PD.....	153	ULTICARE.....	196, 197
<i>trandolapril</i>	<i>triveen-duo dha</i>	214	ULTICARE INSULIN	
<i>trandolapril-verapamil</i>	<i>trivora (28)</i>	135	SYRINGE.....	196
<i>tranexamic acid</i>	<i>tri-vylibra</i>	135	ULTICARE INSULN	
<i>tranylcypromine</i>	<i>tri-vylibra lo</i>	135	SYR(HALF UNIT).....	195
TRAVASOL 10 %.....	TRIZIVIR.....	153	ULTICARE PEN NEEDLE	196
<i>travoprost</i>	TROGARZO.....	153	ULTICARE SAFETY PEN	
TRAZIMERA.....	TROPHAMINE 10 %.....	42	NEEDLE.....	196
<i>trazodone</i>	<i>trospium</i>	81	ULTIGUARD SAFEPACK-	
TRECTOR.....	TRUE COMFORT		INSULIN SYR.....	197
TRELEGY ELLIPTA.....	ALCOHOL PADS.....	75	ULTIGUARD SAFEPACK-	
TRELSTAR.....	TRUE COMFORT		PEN NEEDLE.....	197
TREMFYA.....	INSULIN SYRINGE.....	193	ULTILET ALCOHOL	
<i>tretinoin</i>	TRUE COMFORT PEN		SWAB.....	75
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	NEEDLE.....	193, 194	ULTILET INSULIN	
<i>tri femynor</i>	TRUE COMFORT PRO		SYRINGE.....	177, 198
<i>triamcinolone acetonide</i> 70, 73, 85	ALCOHOL PADS.....	75	ULTILET PEN NEEDLE....	198
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	TRUE COMFORT PRO INS		ULTRA CMFT INS SYR	
.....	SYRINGE.....	193, 194	(HALF UNIT).....	174, 188
<i>trientine</i>	TRUE COMFORT SAFETY		ULTRA COMFORT	
<i>tri-estarylla</i>	PEN NEEDLE.....	193	INSULIN SYRINGE	
<i>trifluoperazine</i>	TRUEPLUS INSULIN.....	195	.....	168, 174, 175, 198
<i>trifluridine</i>	TRUEPLUS PEN NEEDLE	194	ULTRA FLO INSUL	
<i>trihexyphenidyl</i>	TRULICITY.....	23	SYR(HALF UNIT).....	198, 199
TRIJARDY XR.....	TRUMENBA.....	100	ULTRA FLO INSULIN	
TRIKAFTA.....	TRUSELTIQ.....	16	SYRINGE.....	199
<i>tri-legest fe</i>	TRUXIMA.....	16	ULTRA FLO PEN NEEDLE	
<i>tri-linyah</i>	TUKYSA.....	16	.....	199
<i>tri-lo-estarylla</i>	<i>tulana</i>	135	ULTRA THIN PEN	
<i>tri-lo-marzia</i>	TURALIO.....	16	NEEDLE.....	199
<i>tri-lo-mili</i>	TWINRIX (PF).....	100	ULTRACARE INSULIN	
<i>tri-lo-sprintec</i>	<i>tyblume</i>	135	SYRINGE.....	199, 200
<i>trimethoprim</i>	TYBOST.....	109	ULTRACARE PEN	
<i>tri-mili</i>	TYMLOS.....	58	NEEDLE.....	200
<i>trimipramine</i>	TYPHIM VI.....	100		

ULTRA-THIN II (SHORT)	VASCEPA.....	52	<i>vitafol gummies</i>	215					
INS SYR.....	200, 201	VEGZELMA.....	16	<i>vitafol nano</i>	215				
ULTRA-THIN II (SHORT)	PEN NDL.....	201	VELCADE.....	16	<i>vitafol-ob+dha</i>	215			
ULTRA-THIN II INS PEN	NEEDLES.....	201	<i>velivet triphasic regimen (28)</i> ..	135	VITRAKVI.....	17			
ULTRA-THIN II INSULIN	NEEDLES.....	201	VELPHORO.....	80	VIZIMPRO.....	17			
SYRINGE.....	200, 201	VELTASSA.....	79	VOCABRIA.....	153	<i>volnea (28)</i>	135		
UNIFINE PEN NEEDLE....	201	VEMLIDY.....	153	VONJO.....	17	<i>voriconazole</i>	146, 147		
UNIFINE PENTIPS.....	184, 201	VENCLEXTA.....	16	VORICONAZOLE.....	146, 147	VOSEVI.....	154		
UNIFINE PENTIPS	MAXFLOW.....	201	VENCLEXTA STARTING	PACK.....	17	VOTRIENT.....	17		
UNIFINE PENTIPS PLUS	UNIFINE PENTIPS PLUS	201, 202	<i>venlafaxine</i>	144	<i>venlafaxine besylate</i>	144	VOWST.....	109	
UNIFINE PENTIPS PLUS	MAXFLOW.....	202	<i>verapamil</i>	47	VERIFINE INSULIN	SYRINGE.....	203	<i>vp-ch-pnv</i>	215
UNIFINE SAFECONTROL	UNIFINE PENTIPS PLUS	202	VERIFINE INSULIN	SYRINGE.....	203	VRAYLAR.....	40	<i>vp-pnv-dha</i>	215
UNIFINE ULTRA PEN	NEEDLE.....	202	VERIFINE PEN NEEDLE..	203	VUMERITY.....	64	<i>vyfemla (28)</i>	135	
NEEDLE.....	202	VERSACLOZ.....	39	<i>vylibra</i>	135	<i>warfarin</i>	207	WEBCOL.....	75
UPTRAVI.....	110	VERSALON.....	203	WARFARIN.....	207	WELIREG.....	17	<i>wera (28)</i>	135
<i>ursodiol</i>	79	VERZENIO.....	17	WELIREG.....	17	XALKORI.....	17	XARELTO.....	208
UZEDY.....	39	<i>vestura (28)</i>	135	<i>wera (28)</i>	135	XARELTO DVT-PE TREAT	30D START.....	208	
<i>valacyclovir</i>	155	V-GO 20.....	204	XALKORI.....	17	XATMEP.....	17	XCOPRI.....	141
VALCHLOR.....	75	V-GO 30.....	204	XARELTO.....	208	XCOPRI MAINTENANCE	PACK.....	141	
<i>valganciclovir</i>	155	V-GO 40.....	204	XCOPRI.....	141	XCOPRI MAINTENANCE	PACK.....	141	
<i>valproate sodium</i>	140	VICTOZA.....	24	XCOPRI MAINTENANCE	PACK.....	141	XCOPRI TITRATION	PACK.....	141
<i>valproic acid</i>	140	<i>vienna</i>	135	XCOPRI TITRATION	PACK.....	141	XELJANZ.....	94, 95	
<i>valproic acid (as sodium salt)</i> ..	140	<i>vigabatrin</i>	140	XCOPRI TITRATION	PACK.....	141	XELJANZ XR.....	95	
<i>valsartan</i>	49	<i>vigadrone</i>	140	XELJANZ.....	94, 95	XERMELO.....	79	XGEVA.....	58
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	49	VIIBRYD.....	144	XERMELO.....	79	XHANCE.....	106	XIFAXAN.....	119
VALTOCO.....	140	<i>vilazodone</i>	144	XHANCE.....	106	XIGDUO XR.....	24	XIIDRA.....	106
<i>vancomycin</i>	119	<i>vinate care</i>	214	XIGDUO XR.....	24				
VANFLYTA.....	16	<i>vinorelbine</i>	17						
VANISHPOINT INSULIN	SYRINGE.....	202	<i>viorele (28)</i>	135					
SYRINGE.....	202	VIRACEPT.....	153	VIRACEPT.....	153				
VANISHPOINT SYRINGE	.....	202, 203	VIREAD.....	153	<i>virt-c dha</i>	214		
.....	202, 203	VAQTA (PF).....	100	<i>virt-nate dha</i>	214				
VAQTA (PF).....	100	<i>varenicline</i>	19	<i>virt-pn dha</i>	214				
<i>varenicline</i>	19	VARIVAX (PF).....	100	<i>virt-pn plus</i>	214				
VARIVAX (PF).....	100								

XOFLUZA.....	155	ZONISADE.....	141
XOLAIR.....	66	<i>zonisamide</i>	141
XOSPATA.....	17	<i>zovia 1-35 (28)</i>	135
XPOVIO.....	17, 18	ZTALMY.....	141
XTAMPZA ER.....	115	ZTLIDO.....	116
XTANDI.....	18	<i>zumandimine (28)</i>	136
<i>xulane</i>	135	ZYDELIG.....	18
XULTOPHY 100/3.6.....	26	ZYKADIA.....	18
XYOSTED.....	82	ZYLET.....	104
XYREM.....	59	ZYNLONTA.....	18
YERVOY.....	18	ZYNYZ.....	18
YF-VAX (PF).....	100	ZYPREXA RELPREVV.....	40
YONSA.....	18		
<i>yuvafem</i>	84		
<i>zafemy</i>	135		
<i>zafirlukast</i>	67		
<i>zaleplon</i>	59		
<i>zarah</i>	135		
ZARXIO.....	210		
<i>zatean-pn dha</i>	215		
<i>zatean-pn plus</i>	215		
ZEGALOGUE			
AUTOINJECTOR.....	109		
ZEGALOGUE SYRINGE...	109		
ZEJULA.....	18		
ZELBORAF.....	18		
<i>zenatane</i>	75		
ZENPEP.....	211		
<i>zidovudine</i>	153		
<i>zingiber</i>	215		
<i>ziprasidone hcl</i>	40		
<i>ziprasidone mesylate</i>	40		
ZIRABEV.....	18		
ZIRGAN.....	104		
ZOLADEX.....	18		
<i>zoledronic acid</i>	58		
<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	58		
ZOLINZA.....	18		
<i>zolmitriptan</i>	28, 29		
<i>zolpidem</i>	59		

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, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អលក្ខណ៍ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 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)

Insertar en varios idiomas

Servicios de interpretación multilingüe

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 panggagamot. 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 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-672-8620번으로 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: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-672-8620. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-672-8620 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.

Portugués: 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。

La lista de medicamentos cubiertos se actualizó el 10/24/2023. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con ATRIO Health Plans llamando al **1-877-672-8620** (TTY 711), todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, o visite **atriohp.com**.