



AMERICAN HEALTH ADVANTAGE OF TEXAS

(HMO I-SNP)

2025 Formulario

(Lista de Medicamentos Cubiertos o "Lista de Medicamentos")

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

ID de envío de archivos del formulario 25482, Número de versión 17

Este formulario se actualizó el 09/08/2025. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de American Health Advantage of Texas (HMO I-SNP) al 855-521-0628 o, para TTY/TDD: 1-833-312-0046, horario de atención: del 1 de octubre al 31 de marzo es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana; Del 1 de abril al 30 de septiembre son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, o visite tx.amhealthplans.com.

Nota para los miembros actuales: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de Medicamentos (Formulario) se refiere a "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a American Health Plan of TX, Inc. Cuando se refiere a "plan" o "nuestro plan", se refiere a American Health Advantage of Texas.

Este documento incluye la lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan que está vigente a partir del 10/01/2025. Para obtener una lista de medicamentos actualizada (formulario), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la lista de medicamentos (formulario), aparece en la portada y la contraportada.

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

¿Qué es el formulario de American Health Advantage of Texas (HMO I-SNP)?

En este documento, usamos los términos Lista de medicamentos y formulario para significar lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por American Health Advantage of Texas en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se cree que son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. American Health Advantage of Texas generalmente cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de American Health Advantage of Texas y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el formulario? La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero American Health Advantage of Texas puede agregar o eliminar medicamentos del formulario durante el año, moverlos a diferentes niveles de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios.

Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: tx.amhealthplans.com

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

- **Sustituciones inmediatas de ciertas nuevas versiones de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo estamos reemplazando con una nueva versión determinada de ese medicamento. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario.

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

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

Si hacemos dicho cambio, usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos con

cubrir por usted el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de American Health Advantage of Texas?"

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada "¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?"

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) determina que se retira por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y luego notificar a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario al agregar un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original al agregar un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original. Es posible que realicemos cambios en función de las nuevas directrices clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, debemos notificar a los miembros afectados del cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita una reposición del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento y un aviso del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción para usted y que continuemos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de American Health Advantage of Texas?"

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento en nuestro formulario de 2025 que estaba cubierto a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2025, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá una notificación directa sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarían, y es importante revisar el formulario para el nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado a partir del 10/01/2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por American Health Advantage of Texas, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada.

American Health Advantage of Texas le enviará un aviso en caso de un cambio en el formulario sin mantenimiento a mediados de año. Por lo general, el aviso se enviará 60 días antes del cambio. Cualquier actualización del formulario se enumera en tx.amhealthplans.com, junto con el formulario más reciente.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Dolencia

El formulario comienza en la página 4. Los medicamentos de este formulario se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados

para tratar una afección cardíaca se enumeran en la categoría "agentes cardiovasculares". Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. A continuación, busque el nombre de la categoría de su medicamento.

Listado alfabético

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

¿Qué son los medicamentos genéricos?

American Health Advantage of Texas cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden ser sustituidos por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

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

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares.

Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

- Para hablar sobre los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 5 de la Evidencia de Cobertura, "La 'Lista de Medicamentos' indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos".

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** American Health Advantage of Texas requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de American Health Advantage of Texas antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que American Health Advantage of Texas no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, American Health Advantage of Texas limita la cantidad del medicamento que American Health Advantage of Texas cubrirá. Por ejemplo, American Health Advantage of Texas proporciona 30 tabletas por receta para JANUVIA. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, American Health Advantage of Texas requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan su afección médica, es posible que American Health Advantage of Texas no cubra el Medicamento B a menos que pruebe primero el Medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, American Health Advantage of Texas cubrirá el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional consultando el formulario que comienza en la página 4. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos específicos cubiertos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican 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 en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

Puede pedirle a American Health Advantage of Texas que haga una excepción a estas restricciones o límites o que le facilite una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario de American Health Advantage of Texas?" en la página V para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto. Para más información, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

Si se entera de que American Health Advantage of Texas no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que están cubiertos por American Health Advantage of Texas. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por American Health Advantage of Texas.
- Puede pedirle a American Health Advantage of Texas que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de American Health Advantage of Texas?

Puede pedirle a American Health Advantage of Texas que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y no podrá pedirnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que renunciemos a una restricción de cobertura, incluida la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad en su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, American Health Advantage of Texas limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que le eximamos del límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, American Health Advantage of Texas solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, o si la aplicación de la restricción no sería tan eficaz para usted y/o le causaría efectos adversos.

Usted o su médico deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción al formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, su médico deberá explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y estamos de acuerdo, que su salud podría verse seriamente perjudicada si espera hasta 72 horas para recibir una decisión. Si estamos de acuerdo, o si su médico solicita una decisión rápida, debemos darle una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico.

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

Como miembro nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O bien, es posible que esté tomando un medicamento que está en nuestro formulario pero que tiene una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con su médico sobre la posibilidad de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios para la aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubrimos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días que sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o que tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos que los resurtidos proporcionen un suministro máximo de medicamentos para 30 días. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya ha pasado los primeros 90

días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras busca una excepción al formulario.

Para los miembros que se encuentran fuera de su período de transición y experimentan un cambio en el nivel de atención al cambiar de un entorno de tratamiento a otro (por ejemplo, de un centro de atención a largo plazo a un hospital, de un hospital a un centro de atención a largo plazo, de un hospital a un hogar, de un hogar a un centro de atención a largo plazo, de un hospicio a un centro de atención a largo plazo, de un hospicio a un centro de atención domiciliaria):

Permitiremos un reabastecimiento anticipado para un suministro de 30 días de medicamentos en el entorno minorista y hasta un suministro de 31 días en el entorno a largo plazo para los medicamentos del formulario y un surtido de transición de emergencia para los medicamentos que no están en el formulario (incluidos aquellos medicamentos que están en el formulario pero requieren autorización previa, terapia escalonada o están sujetos a restricciones de límite de cantidad).

Para más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de American Health Advantage of Texas, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre American Health Advantage of Texas, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en las páginas de la portada y la contraportada.

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

American Health Advantage del formulario de Texas

El formulario que comienza en la página siguiente proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por American Health Advantage of Texas. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página I-1.

En la primera columna de la tabla aparece el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben en mayúsculas (por ejemplo, JANUVIA) y los medicamentos genéricos se enumeran en cursiva minúscula (por ejemplo, *lisinopril*).

La información en la columna de Requisitos/Límites le indica si American Health Advantage of Texas tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Lista de Cobertura de Medicamentos

Lista de Medicamentos por Condicion Medica

AGENTES ANTI CÁNCER.....	4
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS	17
AGENTES ANTIANSIEDAD	18
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS	18
AGENTES ANTIDEMENCIA.....	18
AGENTES ANTIDIABETICO.....	19
AGENTES ANTIGOTA	23
AGENTES ANTIMIGRAÑA.....	23
AGENTES ANTINAUSEA	24
AGENTES ANTIPARASITARIOS	25
AGENTES ANTIPARKINSON.....	26
AGENTES ANTIPSICÓTICOS	27
AGENTES CALÓRICOS.....	32
AGENTES CARDIOVASCULARES	33
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA.....	40
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA.....	41
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO	42
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....	42
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO	45
AGENTES DENTALES Y ORALES.....	49
AGENTES DERMATOLÓGICOS	49
AGENTES GASTROINTESTINALES	52
AGENTES GENITOURINARIOS.....	55
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR.....	55
AGENTES INMUNOLÓGICOS	59
AGENTES OFTÁLMICOS	68
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA.....	69

AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS.....	72
AGENTES VASODILATADORES	73
ANALGÉSICOS.....	73
ANESTÉSICOS.....	76
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS	76
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA).....	77
ANTIBACTERIANOS	77
ANTICONCEPTIVOS	83
ANTICONVULSIVOS	88
ANTIDEPRESIVOS	92
ANTIFÚNGICOS.....	95
ANTIISTAMÍNICOS	96
ANTIMICOBACTERIALES.....	96
ANTIVIRALES (SITÉMICO).....	97
COFACTORES ENZIMÁTICOS/OTROS.....	101
DISPOSITIVOS	101
PREPARACIONES DE REEMPLAZO	143
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN.....	144
REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA	146
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS	146
SOLUCIONES IRRIGANTES	147
VITAMINAS Y MINERALES	147

Leyenda

1: Medicamentos cubiertos

PA: Autorización previa - Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa antes de surtir su receta médica para este medicamento. Sin la aprobación previa, no podríamos cubrir este medicamento.

PA BvD: Parte B vs. Parte D - Este medicamento recetado puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare, dependiendo de las circunstancias. Es posible que sea necesario enviar información que describa el uso y el entorno del medicamento para tomar esta determinación.

PA NSO: La autorización previa se aplica solo a los nuevos inicios. Usted (o su médico) necesitará solicitar autorización previa antes de surtir su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.

QL: Límite de cantidad - Nuestro plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos.

ST: Terapia de pasos - En algunos casos, se requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que nosotros cubramos otro medicamento para esa afección, a menos que ya tomara ese medicamento.

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES ANTI CÁNCER		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	1	PA NSO
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4ML	1	PA NSO; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK 0.8 & 200 MG	1	PA NSO; QL (66 per 28 days)
AXTLE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 500 MG	1	
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	1	
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
BENDAMUSTINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
<i>bendamustine hcl intravenous solution reconstituted 100 mg, 25 mg</i>	1	PA NSO
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	1	PA NSO
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	1	PA NSO
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BIZENGRI (750 MG DOSE) INTRAVENOUS SOLUTION THERAPY PACK 375 MG/18.75ML	1	PA NSO; QL (75 per 28 days)
<i>bleomycin sulfate injection solution reconstituted 15 unit, 30 unit</i>	1	
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg</i>	1	PA NSO
BORUZU INJECTION SOLUTION 3.5 MG/1.4ML	1	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	1	PA NSO
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	1	PA NSO
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 2 gm/4ml</i>	1	PA BvD
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/5ML, 500 MG/2.5ML, 500 MG/5ML, 500 MG/ML	1	PA BvD
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA BvD; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cyclophosphamide oral capsule 50 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg</i>	1	PA BvD; ST
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG	1	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 40 MG/10ML	1	PA NSO; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA NSO
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	1	
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	1	PA BvD
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/20ML	1	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	1	PA NSO
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 44 MG/1.1ML	1	PA NSO
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 76 MG/1.9ML	1	PA NSO; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	1	
EMRELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 20 MG	1	PA NSO
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8ML, 48 MG/0.8ML	1	PA NSO
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50ML, 200 MG/100ML	1	PA NSO
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 150 mg</i>	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ETOPOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml</i>	1	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	1	
<i>everolimus oral tablet 10 mg</i>	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	1	
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	1	PA BvD
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	1	PA BvD
<i>floxuridine injection solution reconstituted 0.5 gm</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	1	PA BvD
FLUTAMIDE ORAL CAPSULE 125 MG	1	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	1	
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA NSO
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	1	
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG	1	PA NSO; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	1	PA NSO; QL (5 per 21 days)
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	1	PA NSO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gm/20ml, 3 gm/60ml</i>	1	
<i>ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	1	PA NSO; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG, 10 MG	1	PA NSO
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/1.25ML, 300 MG/15ML	1	PA NSO
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	PA NSO
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	1	PA NSO; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/10ML	1	PA NSO
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	1	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	1	PA NSO; QL (2 per 28 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (42 per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (63 per 28 days)
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA NSO; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA NSO; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA NSO; QL (91 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	1	PA NSO
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	1	PA NSO
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	1	PA NSO

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	1	PA NSO
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	1	
LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH) INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG	1	PA NSO
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	1	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	1	PA NSO; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	1	PA NSO; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6ML	1	PA NSO
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML, 30 MG/30ML	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	1	PA NSO
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML	1	PA NSO; QL (40 per 28 days)
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/2.5ML	1	PA NSO; QL (15 per 8 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO; QL (140 per 28 days)
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO; QL (140 per 28 days)
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 250 MG/10ML	1	PA NSO
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	1	
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	1	PA NSO; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml</i>	1	
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	1	
METHOTREXATE SODIUM INJECTION SOLUTION 50 MG/2ML	1	
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone hcl intravenous concentrate 20 mg/10ml</i>	1	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	1	PA NSO; QL (20 per 28 days)
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	1	PA NSO
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	1	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	1	PA NSO
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	1	PA NSO; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 120 MG/12ML, 240 MG/24ML, 40 MG/4ML	1	PA NSO
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UT/5ML	1	PA NSO
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20ML	1	PA NSO
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA BvD
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
PEMETREXED DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/40ML, 100 MG/4ML, 500 MG/20ML, 850 MG/34ML	1	
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	PA NSO
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400-23400 MG -UT/11.7ML, 1600-26800 MG -UT/13.4ML	1	PA NSO
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	1	PA NSO; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	PA NSO
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 350 MG/7ML	1	PA NSO
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 188 MG, 47 MG	1	PA NSO
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	1	
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	1	PA NSO
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	1	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	1	PA NSO; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 3 MG/1.5ML, 40 MG/ML	1	PA NSO
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 153 MG/1.7ML, 30 MG/3ML	1	PA NSO
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML	1	PA NSO
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	1	
TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 40 MG	1	PA NSO; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 100 mg/5ml</i>	1	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	1	
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	1	PA NSO
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	1	
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (64 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRUQAP TABLET THERAPY PACK 160 MG ORAL	1	PA NSO; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	PA NSO
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	1	PA NSO
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	1	PA NSO
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	1	PA NSO
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	1	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	1	PA NSO
VYLOY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 300 MG	1	PA NSO
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	1	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA NSO; QL (16 per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	PA NSO; QL (4 per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	1	PA NSO; QL (4 per 28 days)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	PA NSO; QL (24 per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	PA NSO; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40ML, 50 MG/10ML	1	PA NSO
YONSA ORAL TABLET 125 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ZIIHERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG	1	PA NSO
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	1	PA NSO
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	1	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	1	
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG	1	PA NSO
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20ML	1	PA NSO; QL (20 per 28 days)
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML	1	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml, 2 mg/2ml</i>	1	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	1	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	1	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	1	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	1	QL (336 per 365 days)
AGENTES ANTIANSIEDAD		
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>alprazolam oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<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	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>lorazepam concentrate 2 mg/ml oral</i>	1	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS		
Antimuscarínicos/Antiespasmódicos		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	1	
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5ml</i>	1	
AGENTES ANTIDEMENCIA		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid mesylates oral tablet 1 mg</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	1	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	1	QL (30 per 30 days)
AGENTES ANTIDIABETICO		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
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)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	1	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	1	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	1	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>metformin hcl oral solution 500 mg/5ml</i>	1	QL (765 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg, 500 mg, 750 mg, 850 mg</i>	1	
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	1	PA; QL (112 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 2 MG/3ML	1	PA; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 4 MG/3ML	1	PA; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	1	PA; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS (FORMULATION R2) ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 25-1000 MG	1	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	1	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	1	QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	1	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	1	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	QL (30 per 28 days)
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	QL (30 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	1	QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prot & asp flexpen subcutaneous suspension pen-injector (70-30) 100 unit/ml</i>	1	QL (30 per 28 days)
INSULIN ASPART FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	QL (30 per 28 days)
INSULIN ASPART INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
INSULIN ASPART PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart prot & aspart subcutaneous suspension (70-30) 100 unit/ml</i>	1	QL (40 per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	1	
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 RELION SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N RELION SUSPENSION 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R RELION SOLUTION 100 UNIT/ML INJECTION	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	QL (30 per 28 days)
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SOLQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	1	QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	1	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	1	
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	1	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	1	QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	1	
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	
AGENTES ANTIGOTA		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	1	
<i>febuxostat oral tablet 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 80 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	1	
AGENTES ANTIMIGRAÑA		
Agentes Antimigraña		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	1	PA; QL (1 per 30 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5ML	1	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 225 MG/1.5ML	1	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	1	ST; QL (8 per 28 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; QL (3 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	1	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; QL (2 per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	1	QL (9 per 30 days)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 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 benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act, 5 mg/act</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	1	QL (5 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (16 per 30 days)
AGENTES ANTINAUSEA		
Agentes Antinausea		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	1	PA BvD

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	1	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	1	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>	1	
AGENTES ANTIPARASITARIOS		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	1	
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	1	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	1	PA BvD
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	1	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	1	
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET 26.3 (15 BASE) MG	1	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	1	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	1	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
AGENTES ANTIPARKINSON		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	1	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	1	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI TITRATION KIT SUBLINGUAL KIT 10&15&20&25&30 MG	1	PA
ONAPGO SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 98 MG/20ML	1	PA; QL (600 per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
VYALEV SUBCUTANEOUS SOLUTION 12-240 MG/ML	1	PA; QL (560 per 28 days)
AGENTES ANTIPSICÓTICOS		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML	1	QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML	1	QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	1	QL (2 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	1	QL (2 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	1	QL (4.8 per 365 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	1	QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	1	QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	1	QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	1	QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 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; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	1	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	1	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	1	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG	1	ST
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	1	QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	1	QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	1	QL (1.5 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML	1	QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	1	QL (0.25 per 21 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	1	QL (0.5 per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	1	ST
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLET 1 & 2 & 6 & 8 MG	1	ST
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLET 1 & 2 & 6 MG	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/5ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate 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 SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML	1	QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML	1	QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	1	QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	1	QL (1 per 21 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	1	QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	1	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	1	QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML	1	QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML	1	QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	1	QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML	1	QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 25 mg</i>	1	QL (270 per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	1	ST
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	1	QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine edisylate solution 10 mg/2ml injection</i>	1	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	1	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	1	QL (2 per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.28ML	1	QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 125 MG/0.35ML	1	QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 150 MG/0.42ML	1	QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 200 MG/0.56ML	1	QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 250 MG/0.7ML	1	QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.14ML	1	QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.21ML	1	QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	ST; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	1	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	1	
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG, 300 MG	1	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	1	QL (1 per 28 days)
AGENTES CALÓRICOS		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION 6 %	1	PA BvD

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
<i>clinisol sf intravenous solution 15 %</i>	1	PA BvD
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	1	PA BvD
<i>dextrose intravenous solution 5 %</i>	1	
DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 70 %	1	PA BvD
<i>plenamine intravenous solution 15 %</i>	1	PA BvD
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	1	PA BvD
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	1	PA BvD
AGENTES CARDIOVASCULARES		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	1	
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	1	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>mexiletine hcl 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>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	1	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
<i>taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	1	
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	1	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
<i>CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML</i>	1	QL (600 per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg, 62.5 mcg</i>	1	
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	1	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	1	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	1	PA; QL (18 per 30 days)
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	1	PA; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	1	
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	1	QL (240 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	1	
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	1	
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	1	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	1	
Dihidropiridinas		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	1	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	1	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg</i>	1	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	1	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	1	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	1	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	1	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	1	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	1	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate capsule 134 mg oral</i>	1	
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 145 mg, 160 mg, 40 mg, 48 mg, 54 mg</i>	1	
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	1	
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
NIACIN (ANTHYPERLIPIDEMIC) ORAL TABLET 500 MG	1	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
NIACOR ORAL TABLET 500 MG	1	
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	1	ST; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>prevalite oral packet 4 gm</i>	1	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	1	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	1	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	1	ST; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	1	
Diuréticos		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	1	
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	1	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	1	
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	1	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	1	
<i>budesonide rectal foam 2 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	1	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	1	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 500 mg</i>	1	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	1	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	1	
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	1	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	1	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	1	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	1	PA; QL (2 per 28 days)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	1	PA
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	1	
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	1	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	1	QL (60 per 30 days)
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	1	QL (1 per 180 days)
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 560 MCG/2.24ML	1	QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	1	QL (1.56 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	1	PA
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO		
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	1	PA; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	1	PA; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG, 6 & 12 & 24 MG	1	PA
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML	1	PA; QL (1 per 28 days)
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML	1	PA; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA; QL (15 per 30 days)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	1	PA; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i>	1	PA
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	1	PA
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	1	PA; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
LITHIUM CARBONATE ORAL CAPSULE 600 MG	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	1	
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	1	PA; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG, 7 X 0.25 MG	1	PA
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/10ML	1	PA; QL (20 per 180 days)
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION 920-23000 MG-UT/23ML	1	PA; QL (23 per 180 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 63 & 94 MCG/0.5ML	1	PA
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 63 & 94 MCG/0.5ML	1	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MCG/0.5ML	1	PA; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MCG/0.5ML	1	PA; QL (1 per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	1	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	1	QL (60 per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	1	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	PA; QL (112 per 28 days)
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10ML	1	PA
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG	1	PA; QL (120 per 30 days)
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	1	PA BvD
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE 40 MG	1	QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML	1	PA
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	1	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	1	PA; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML	1	PA; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML	1	PA; QL (0.4 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA; QL (3 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	1	PA; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	1	PA; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	1	PA; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	1	QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	1	QL (30 per 30 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG	1	PA; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	1	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	1	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	1	PA
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	1	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	1	QL (32.1 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	1	QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	1	QL (60 per 30 days)
<i>breynd inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	1	QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	1	QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>	1	QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol 115-21 mcg/act, 230-21 mcg/act, 45-21 mcg/act</i>	1	
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhul inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	1	QL (60 per 30 days)
Antileucotriños		
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
Broncodilatadores		
AIRSUPRA AEROSOL 90-80 MCG/ACT INHALATION	1	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	1	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	1	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	1	QL (36 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	1	PA BvD
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	1	QL (60 per 30 days)
<i>arformoterol tartrate inhalation nebulization solution 15 mcg/2ml</i>	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	1	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT	1	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	1	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA BvD
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	1	PA BvD
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	1	QL (30 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	1	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT	1	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT	1	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5 MCG/ACT	1	QL (4 per 28 days)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i>	1	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	1	QL (60 per 30 days)
AGENTES DENTALES Y ORALES		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	1	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i>	1	
<i>periogard mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	1	
SODIUM FLUORIDE 5000 SENSITIVE DENTAL GEL 1.1-5 %	1	
<i>sodium fluoride dental gel 1.1 %</i>	1	
<i>sodium fluoride mouth/throat solution 0.2 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	1	
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort external cream 1 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	1	
BETAMETHASONE VALERATE EXTERNAL LOTION 0.1 %	1	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate emulsion external foam 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	1	
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	1	
<i>fluocinolone acetonide body oil 0.01 % external</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinonide external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	1	
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone cream 2.5 % external</i>	1	
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM 1-1 %	1	
<i>procto-med hc external cream 2.5 %</i>	1	
<i>proctosol hc external cream 2.5 %</i>	1	
<i>proctozone-hc external cream 2.5 %</i>	1	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	1	
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcitriol external ointment 3 mcg/gm</i>	1	
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	1	
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	1	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	1	QL (24 per 30 days)
KLISYRI (250 MG) EXTERNAL OINTMENT 1 %	1	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	1	
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	1	QL (60 per 28 days)
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	1	
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	1	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	1	PA NSO
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phos (once-daily) external gel 1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>clindamycin phos (twice-daily) external gel 1 %</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %</i>	1	
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	1	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	1	
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	1	
<i>metronidazole external gel 0.75 %, 1 %</i>	1	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	1	QL (220 per 30 days)
<i>neuac external gel 1.2-5 %</i>	1	
<i>rosadan external cream 0.75 %</i>	1	
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	1	
<i>ssd external cream 1 %</i>	1	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	1	
<i>permethrin external cream 5 %</i>	1	
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	1	
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	1	
ALTRENO EXTERNAL LOTION 0.05 %	1	PA
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	1	
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	1	PA
AGENTES GASTROINTESTINALES		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack 500 & 500 & 30 mg</i>	1	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>	1	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>esomeprazole magnesium oral packet 10 mg, 20 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 40 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	1	
<i>lansoprazole oral tablet delayed release dispersible 15 mg, 30 mg</i>	1	ST
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	1	
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>pantoprazole sodium oral packet 40 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	1	
<i>sucralfate oral suspension 1 gm/10ml</i>	1	
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	1	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	1	PA
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	1	
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>kionex combination suspension 15 gm/60ml</i>	1	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	1	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	1	
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	
<i>sps (sodium polystyrene sulf) combination suspension 15 gm/60ml</i>	1	
URSODIOL ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
VELTASSA ORAL PACKET 1 GM, 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	1	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	1	PA; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	1	
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	1	
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm, 2.4 gm</i>	1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/160ML, 10-3.5-12 MG-GM -GM/175ML	1	
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	1	
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i>	1	
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i>	1	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SUTAB ORAL TABLET 1479-225-188 MG	1	
AGENTES GENITOURINARIOS		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	1	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	1	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>	1	
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	1	QL (300 per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	1	
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	1	
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	1	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	1	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone gel 1.62 % transdermal</i>	1	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	1	PA; QL (150 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5ML, 50 MG/0.5ML, 75 MG/0.5ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	1	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>estradiol transdermal gel 0.75 mg/1.25 gm (0.06%)</i>	1	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	1	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	1	QL (18 per 28 days)
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL 0.75 MG/1.25 GM (0.06%)	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	1	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM	1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625-5 MG	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 hcl oral tablet 60 mg</i>	1	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	1	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</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 sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 120 mg/30ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 125 mg, 40 mg</i>	1	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate solution 15 mg/5ml oral</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</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 tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	1	
SOLU-MEDROL (PF) INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 125 MG, 40 MG	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	1	
Pituitario		
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 40 UNIT/0.5ML	1	PA; QL (15 per 30 days)
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 80 UNIT/ML	1	PA; QL (30 per 30 days)
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; QL (35 per 28 days)
CORTROPHIN INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	1	
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1	
<i>desmopressin acetate spray solution 0.01 % nasal</i>	1	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	1	PA
LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML	1	PA NSO; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 30 MG	1	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	1	PA
LUTRATE DEPOT INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG	1	PA NSO
NORDITROPIN FLEXPOR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 30 MG/3ML, 5 MG/1.5ML	1	PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG, 5 MG, 6 MG	1	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	1	PA; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/0.2ML	1	PA NSO; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 90 MG/0.3ML	1	PA NSO; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	1	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	1	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 625 mg/5ml</i>	1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	1	
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	1	PA
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML	1	PA
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	1	PA
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	1	PA
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG	1	PA BvD
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	PA BvD

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>azathioprine sodium injection solution reconstituted 100 mg</i>	1	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	1	PA; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	1	PA; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	1	PA NSO; QL (2 per 28 days)
CIMZIA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG/ML	1	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG	1	PA
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	1	PA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	1	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	1	PA
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	1	PA
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD
CYLTEZO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA
CYLTEZO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	1	PA
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	1	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	1	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	1	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	1	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	1	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	1	PA
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1	PA BvD
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	1	PA BvD
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	1	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	1	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	1	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML	1	PA; Only NDCs starting with 00074

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	1	PA
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	1	PA; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	1	PA; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	1	PA
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	1	PA
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	1	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 22 MG/0.44ML, 9 MG/0.18ML	1	PA NSO
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	1	PA BvD
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	1	PA
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	1	PA
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4ML, 87.5 MG/0.7ML	1	PA
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	1	PA
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG	1	PA
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	PA BvD

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	1	PA BvD
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA BvD
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	1	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	1	PA
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	PA BvD
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML	1	PA
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	1	PA
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	1	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	1	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	1	PA
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	1	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	1	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	1	PA
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	1	PA BvD
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA; QL (180 per 30 days)
TREMFYA CROHNS INDUCTION SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	1	PA
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	1	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	1	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2ML	1	PA
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML	1	PA
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	1	PA
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	1	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	1	PA
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	1	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	1	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	1	PA
YUFLYMA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 80 MG/0.8ML	1	PA
YUFLYMA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML	1	PA
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	1	PA
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	1	
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	1	
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	1	
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	1	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	1	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	1	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	1	
DENG VAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	QL (3 per 365 days)
DIPHtheria-TETANUS TOXoids DT INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-5 LFU/0.5ML	1	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	1	PA BvD
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	1	PA BvD
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	1	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	1	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720 EL U/0.5ML	1	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	1	PA BvD
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	1	PA BvD
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	1	
IPOL INJECTION INJECTABLE	1	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	1	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION 0.5 ML	1	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	1	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	1	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	1	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
PENMENVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	1	PA BvD
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	PA BvD
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	1	PA BvD
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	1	PA BvD
ROTARIX ORAL SUSPENSION	1	
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	1	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	1	QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	1	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	1	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	1	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	1	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	1	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	1	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML	1	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML	1	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	1	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	1	
AGENTES OFTÁLMICOS		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>acetazolamide sodium injection solution reconstituted 500 mg</i>	1	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	1	
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	1	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	1	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	1	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	1	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	1	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	1	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	1	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>tafluprost (pf) ophthalmic solution 0.0015 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>timolol hemihydrate ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	1	QL (5 per 30 days)
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	1	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	1	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	1	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	1	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	1	QL (3.5 per 4 days)
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	1	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophthalmic ointment 1 %</i>	1	
<i>neo-polycin ophthalmic ointment 3.5-400-10000</i>	1	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	1	
<i>polycin ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	1	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	1	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	1	
XDEMYV OPTHALMIC SOLUTION 0.25 %	1	PA; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPTHALMIC GEL 0.15 %	1	
ZYLET OPTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	1	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
ALREX OPTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	1	ST
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	1	
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %, 0.075 %</i>	1	
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	1	
EYSUVIS OPTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	1	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	1	QL (50 per 25 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	1	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	1	
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %	1	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	1	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %	1	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel 0.5 %</i>	1	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %</i>	1	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	1	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	1	
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	1	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	1	
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15 %</i>	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	1	
<i>azelastine hcl solution 137 mcg/spray nasal</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	1	
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	1	
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>	1	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>	1	QL (15 per 10 days)
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION 1.338 GM/ML	1	QL (12 per 28 days)
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	1	PA
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE	1	
BAQSIMI TWO PACK POWDER 3 MG/DOSE NASAL	1	
<i>betaine oral powder</i>	1	PA
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 125 MG/5ML	1	PA
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	1	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	1	
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.75 MG/ML	1	PA
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	1	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	1	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	1	
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	1	QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	1	PA; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6ML	1	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.6 MG/0.6ML	1	
AGENTES VASODILATADORES		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1800 MCG	1	PA; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	1	PA; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	1	PA; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	1	PA
ANALGÉSICOS		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine external patch 1.3 %</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	1	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	1	QL (300 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium external solution 2 %</i>	1	PA; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	1	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	
FLURBIPROFEN ORAL TABLET 50 MG	1	
<i>ibu oral tablet 400 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine injection solution 15 mg/ml</i>	1	QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine injection solution 30 mg/ml</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine intramuscular solution 60 mg/2ml</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	1	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15ml, 10-325 mg/15ml, 7.5-325 mg/15ml</i>	1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	1	QL (700 per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 20 MG/5ML	1	QL (300 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG	1	QL (180 per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 30 MG	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
TRAMADOL HCL ORAL SOLUTION 5 MG/ML	1	PA; QL (2400 per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
ANESTÉSICOS		
Anestesia Local		
<i>glydo external prefilled syringe 2 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 1 %</i>	1	
<i>lidocaine hcl injection solution 1 %</i>	1	
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe 2 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocan external patch 5 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>tridacaine ii external patch 5 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
ZTLIDO EXTERNAL PATCH 1.8 %	1	QL (90 per 30 days)
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	1	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	1	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	1	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	1	PA; QL (240 per 30 days)
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	
ANTIBACTERIANOS		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	1	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	1	PA; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	1	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	1	QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>tobramycin pak inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	1	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/50ML	1	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL SOLUTION 600-0.9 MG/50ML-% INTRAVENOUS	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	1	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	1	
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG	1	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	
DAPTOMYCIN-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 1000-0.9 MG/100ML-%, 350-0.9 MG/50ML-%, 500-0.9 MG/50ML-%, 700-0.9 MG/100ML-%	1	
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm</i>	1	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	1	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	1	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	1	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	1	
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>	1	QL (2400 per 30 days)
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin hcl in dextrose intravenous solution 1.5-5 gm/300ml-%</i>	1	
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/200ML, 1250 MG/250ML, 500 MG/100ML, 750 MG/150ML	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	1	
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.25 GM	1	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	1	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	1	QL (112 per 14 days)
<i>vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml, 250 mg/5ml</i>	1	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	1	PA
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	1	
MEROPENEM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2 GM	1	
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	1	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	1	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2-3 GM-%(50ML)	1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	1	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	1	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>tazicef injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>tazicef intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 6 GM	1	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	1	
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	1	QL (20 per 10 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 500 mg</i>	1	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i>	1	QL (20 per 10 days)
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</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 reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	1	
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 900000-300000 UNIT/2ML	1	
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 1200000 UNIT, 2400000 UNIT	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LENTOCILIN INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 1200000 UNIT	1	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	1	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3- 0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	1	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/250ML	1	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	1	
MOXIFLOXACIN HCL SOLUTION 400 MG/250ML INTRAVENOUS	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	
Tetraciclinas		

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 150 mg, 20 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	1	
ANTICONCEPTIVOS		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>altavera oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>amethyst oral tablet 90-20 mcg</i>	1	
<i>apri oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>aurovela 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>aurovela 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	
<i>aurovela fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>aurovela fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>ayuna oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>azurette oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	
<i>blisovi fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>blisovi fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>chateal eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>cryselle-28 oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
<i>cyclafem 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>cyclafem 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>dasetta 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>delyla oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg</i>	1	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse-28 oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	QL (1 per 28 days)
<i>falmina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>feirza 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>feirza 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	
<i>hailey fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>hailey fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>iclevia oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>introvale oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>jolessa oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>junel 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>junel 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>junel fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>junel fe 24 oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	
<i>kariva oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	
<i>kelnor 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>kelnor 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	1	
<i>kurvelo oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG	1	
<i>larin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>larin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>larin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>larin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>levonest oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet 0.1-20 mg-mcg(21)</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg, 90-20 mcg</i>	1	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	
<i>levora 0.15/30 (28) oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	1	
<i>lillow oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>low-ogestrel oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
<i>luteria oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>meleya oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>microgestin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/DAY	1	
<i>mono-lynyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG	1	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	1	QL (3 per 28 days)
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>norlyroc oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nylia 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nylia 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>pimtree oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	
<i>pirmella 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>pirmella 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>portia-28 oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>reclipsen oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	
<i>setlakin oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>simliya oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG	1	
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 eq oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>tilia fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>tri-previfem oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>turqoz oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	
<i>valtya 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	1	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	
<i>volnea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>xarah fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	1	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	1	QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	
ANTICONVULSIVOS		
Anticonvulsivos		
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	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 er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	1	QL (480 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	1	PA NSO; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	1	PA NSO; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	1	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	1	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	1	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1000 MG	1	ST; QL (90 per 30 days)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1500 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA NSO
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	1	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	1	ST
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	1	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	1	PA NSO
<i>fosphenytoin sodium injection solution 100 mg pe/2ml, 500 mg pe/10ml</i>	1	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	1	ST; QL (720 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	1	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i>	1	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	1	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 250 mg</i>	1	ST
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	1	QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	1	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	1	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 2 mg, 8 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</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>phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	1	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	1	ST
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	1	ST
SEZABY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA BvD
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	1	ST
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 150 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	1	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	1	QL (10 per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML	1	QL (10 per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML	1	QL (10 per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	1	QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral packet 500 mg</i>	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i>	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral packet 500 mg</i>	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	1	QL (56 per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	1	QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	QL (60 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG, 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	1	
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	1	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	PA NSO; QL (1080 per 30 days)
ANTIDEPRESIVOS		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline hcl 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 EXTENDED RELEASE 45-105 MG	1	ST
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	1	QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	1	ST
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	1	
<i>fluoxetine hcl oral tablet 60 mg</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	1	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NEFAZODONE HCL ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	
<i>nefazodone hcl oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	1	
<i>nefazodone hcl tablet 100 mg oral</i>	1	
<i>nefazodone hcl tablet 150 mg oral</i>	1	
<i>nefazodone hcl tablet 200 mg oral</i>	1	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	1	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	1	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	1	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
SPRAVATO (56 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK 28 MG/DEVICE	1	PA NSO
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK 28 MG/DEVICE	1	PA NSO
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trimipramine maleate 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 hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	1	PA NSO; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	1	PA NSO; QL (14 per 14 days)
ANTIFÚNGICOS		
Antifúngicos		
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	1	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	1	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	1	
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	1	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	1	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg</i>	1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MICONAZOLE 3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG	1	
<i>nyamyc external powder 100000 unit/gm</i>	1	
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	1	
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	1	
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	1	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	1	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>	1	
<i>nystop external powder 100000 unit/gm</i>	1	
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	1	PA
<i>ra clotrimazole external cream 1 %</i>	1	
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	1	PA BvD
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	1	PA
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	1	
ANTIHIISTAMÍNICOS		
Antihistamínicos		
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	1	
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	1	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	1	
ANTIMICOBACTERIALES		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	1	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	1	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	1	PA
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	1	
ANTIVIRALES (SITÉMICO)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	1	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	1	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	1	
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	1	QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 400 & 600 MG/2ML, 600 & 900 MG/3ML	1	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	1	
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	1	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	1	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	1	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	1	
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE 2.5 MG	1	
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	1	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	1	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	1	
<i>emtricitab-rilpivir-tenofovir df oral tablet 200-25-300 mg</i>	1	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	1	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	1	
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	1	
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	1	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	1	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	1	
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	1	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	1	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG	1	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	1	
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5ML	1	QL (480 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	1	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	1	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	1	
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG	1	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	1	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	1	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	1	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	1	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG, 75 MG	1	
<i>stavudine oral capsule 30 mg, 40 mg</i>	1	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	1	
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG	1	
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	1	
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 463.5 MG/1.5ML	1	PA BvD
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	1	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG, 25 MG, 50 MG	1	
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	1	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	1	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	1	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	1	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	1	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	1	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	1	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	1	PA
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	1	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg</i>	1	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 75 mg</i>	1	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	1	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	1	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 6 X 150 MG & 5 X 100MG	1	QL (11 per 28 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	1	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	1	QL (60 per 180 days)
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG, 2 X 20 MG	1	QL (4 per 180 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	1	QL (2 per 180 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 40 MG	1	QL (4 per 180 days)
Interferones		
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT	1	
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	1	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	1	PA
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	1	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	1	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	1	
COFACTORES ENZIMÁTICOS/OTROS		
Cofactores Enzimáticos/Otros		
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)
DISPOSITIVOS		
Dispositivos		
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8 MM	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ALCOHOL PREP PAD	1	PA; ST
ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %	1	PA; ST
ALCOHOL SWABS PAD	1	PA; ST
ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
AQ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	
AQINJECT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	
AUM ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %	1	PA; ST
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM	1	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 8 MM	1	
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 4 MM	1	
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 5 MM	1	
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 6 MM	1	
AUM PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	
AUM PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	
AUM PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	
AUM PEN NEEDLE 33G X 4 MM	1	
AUM PEN NEEDLE 33G X 5 MM	1	
AUM PEN NEEDLE 33G X 6 MM	1	
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	
AUM SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM	1	
BD AUTOSHIELD 29G X 5MM	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BD AUTOSHIELD 29G X 8MM	1	
BD AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM	1	
BD ECLIPSE SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 25G X 1" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 26G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE U-100 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE 32G X 6 MM	1	
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM	1	
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE 31G X 5 MM	1	
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 32G X 4 MM	1	
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM	1	
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE 32G X 4 MM	1	
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE 29G X 12.7MM	1	
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE 31G X 8 MM	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
BD SAFETY-LOK INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
BD SWAB SINGLE USE REGULAR PAD	1	PA; ST
BD SWABS SINGLE USE BUTTERFLY PAD	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	
CAREFINE PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	
CAREFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
CAREFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
CARETOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
CARETOUCH PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	
CARETOUCH PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM	1	
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 33G X 4 MM	1	
CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
CLICKFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 8 MM	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 5 MM	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 6 MM	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 8 MM	1	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 4 MM	1	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 4 MM	1	
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 5 MM	1	
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 6 MM	1	
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 8 MM	1	
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 4 MM	1	
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 5 MM	1	
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 6 MM	1	
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 8 MM	1	
CURITY ALCOHOL PREPS PAD 70 %	1	PA; ST
CURITY ALL PURPOSE SPONGES PAD 2"X2"	1	PA; ST
CURITY GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGE PAD 2"X2"	1	PA; ST
CURITY SPONGES PAD 2"X2"	1	PA; ST
CVS GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
CVS GAUZE STERILE PAD 2"X2"	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE SPONGE PAD 2"X2"	1	PA; ST
DERMACEA IV DRAIN SPONGES PAD 2"X2"	1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN SPONGES PAD 2"X2"	1	PA; ST
DERMACEA TYPE VII GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	
DIATHRIVE PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM	1	
DROPLET PEN NEEDLES 29G X 10MM	1	
DROPLET PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	
DROPLET PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 8 MM	1	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
DRUG MART UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM	1	
EASY COMFORT ALCOHOL PADS PAD	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29G X 4MM	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29G X 5MM	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33G X 5 MM	1	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33G X 6 MM	1	
EASY GLIDE PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP MEDIUM PAD 70 %	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR 27G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 6 MM	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 5MM	1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 8MM	1	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM	1	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
EMBECTA INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM	1	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM	1	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 29G X 12.7MM	1	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 31G X 5 MM	1	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 31G X 8 MM	1	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 32G X 6 MM	1	
EMBRACE PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	
EMBRACE PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	
EMBRACE PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
EMBRACE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
EQL ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
EQL GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	1	
FREESTYLE PRECISION INS SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
FREESTYLE PRECISION INS SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
FREESTYLE PRECISION INS SYR 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
FREESTYLE PRECISION INS SYR 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GAUZE PADS PAD 2"X2"	1	PA; ST
GAUZE TYPE VII MEDI-PAK PAD 2"X2"	1	PA; ST
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE PAD 70 %	1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GNP ALCOHOL SWABS PAD	1	PA; ST
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
GNP INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16" 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GNP STERILE GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GOODSENSE ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 31G X 5 MM	1	
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 31G X 8 MM	1	
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 32G X 4 MM	1	
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 32G X 6 MM	1	
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29G X 12MM	1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31G X 5 MM	1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31G X 6 MM	1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31G X 8 MM	1	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 32G X 4 MM	1	
H-E-B INCONTROL ALCOHOL PAD	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
HM STERILE ALCOHOL PREP PAD	1	PA; ST
HM STERILE PADS PAD 2"X2"	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
INPEN 100-BLUE-LILLY-HUMALOG DEVICE	1	
INPEN 100-BLUE-NOVOLOG-FIASP DEVICE	1	
INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 27G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 27G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 27G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 28G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 0.3 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 0.5 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 5/16" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
INSUPEN PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
INSUPEN PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
INSUPEN PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	
INSUPEN SENSITIVE 32G X 6 MM	1	
INSUPEN SENSITIVE 32G X 8 MM	1	
INSUPEN ULTRAFIN 29G X 12MM	1	
INSUPEN ULTRAFIN 30G X 8 MM	1	
INSUPEN ULTRAFIN 31G X 6 MM	1	
INSUPEN ULTRAFIN 31G X 8 MM	1	
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM	1	
J & J GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
KENDALL HYDROPHILIC FOAM DRESS PAD 2"X2"	1	PA; ST
KENDALL HYDROPHILIC FOAM PLUS PAD 2"X2"	1	PA; ST
KINRAY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G U-100 1 ML	1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U-100 0.3 ML	1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U-100 1 ML	1	PA; ST
KROGER INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
KROGER PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	
KROGER PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
LEADER INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
LEADER INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
LEADER UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM	1	
LEADER UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM	1	
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 5 MM	1	
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM	1	
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
LITETOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29G X 5MM	1	
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29G X 8MM	1	
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 27G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 27G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
MEDIC INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
MEDIC INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
MEDPURA ALCOHOL PADS 70 % EXTERNAL	1	PA; ST
MEIJER ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
MEIJER PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	
MEIJER PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
MEIJER PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
MICRODOT PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	
MICRODOT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MICRODOT PEN NEEDLE 33G X 4 MM	1	
MIRASORB SPONGES 2"X2"	1	PA; ST
MM PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
MM PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE U-100 1 ML	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
NOVOFINE AUTOCOVER 30G X 8 MM	1	
NOVOFINE PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	
NOVOTWIST PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 LIBRE2 G6 INTRO G5 KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3) KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	1	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM	1	
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 6 MM	1	
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 8 MM	1	
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 32G X 4 MM	1	
PEN NEEDLES 30G X 5 MM (OTC)	1	
PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	
PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	
PENTIPS 29G X 12MM (RX)	1	
PENTIPS 31G X 5 MM (RX)	1	
PENTIPS 31G X 8 MM (RX)	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PENTIPS 32G X 4 MM (RX)	1	
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	
PIP PEN NEEDLES 31G X 5MM 31G X 5 MM	1	
PIP PEN NEEDLES 32G X 4MM 32G X 4 MM	1	
PRECISION SUREDOSE PLUS SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
PRECISION SUREDOSE PLUS SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 3/8" 0.5 ML	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM	1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PAD 70 %	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 8 MM	1	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
PRODIGY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
PRODIGY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 8 MM	1	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	
PX SHORTLENGTH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
QC ALCOHOL EXTERNAL 70 %	1	PA; ST
QC ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
QC BORDER ISLAND GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12.7MM	1	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 4 MM	1	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 8 MM	1	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 4 MM	1	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 5 MM	1	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 6 MM	1	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 8 MM	1	
RA ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
<i>ra isopropyl alcohol wipes external 70 %</i>	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
RA PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
RA PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
RA STERILE PAD 2"X2"	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G X 12MM	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 4 MM	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
REALITY SWABS PAD	1	PA; ST
RELION ALCOHOL SWABS PAD	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
RELION MINI PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
RELION PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	
RELION PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
RELION PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
RESTORE CONTACT LAYER PAD 2"X2"	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SAFETY INSULIN SYRINGES 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	
SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	
SB ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	
SM ALCOHOL PREP PAD	1	PA; ST
SM ALCOHOL PREP PAD 6-70 % EXTERNAL	1	PA; ST
SM ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
SM GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
STERILE GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
STERILE PAD 2"X2"	1	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	
SURE COMFORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM (OTC)	1	
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM (RX)	1	
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SURE-PREP ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
SURGICAL GAUZE SPONGE PAD 2"X2"	1	PA; ST
TECHLITE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
TERUMO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
THERAGAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 32G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 32G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 5 MM	1	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 6 MM	1	
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML (OTC)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML (RX)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	
ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM (OTC)	1	
ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM (RX)	1	
ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM (OTC)	1	
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM (RX)	1	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 29G X 12.7MM	1	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTILET ALCOHOL SWABS PAD	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTILET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 1 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML (OTC)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML (RX)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29G X 12.7MM	1	
ULTILET PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	
ULTILET PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	
ULTILET PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA THIN PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	
ULTRACARE PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	
ULTRA-COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT 31G X 8 MM	1	
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
UNIFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	
UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM	1	
UNIFINE PENTIPS 31G X 6 MM	1	
UNIFINE PENTIPS 31G X 8 MM	1	
UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 29G X 12MM	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 6 MM	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 32G X 4 MM	1	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM	1	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 8 MM	1	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30G X 5 MM	1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30G X 8 MM	1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 0.5 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 1 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12MM	1	
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	
V-GO 20 KIT 20 UNIT/24HR	1	QL (30 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR	1	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR	1	QL (30 per 30 days)
VP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE PAD 70 %	1	PA; ST
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM	1	
ZEVXR STERILE ALCOHOL PREP PAD PAD 70 %	1	PA; ST
PREPARACIONES DE REEMPLAZO		
Preparaciones De Reemplazo		
<i>dextrose-nacl intravenous solution 5-0.9 %</i>	1	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	1	
<i>klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq</i>	1	
<i>klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq</i>	1	
<i>klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq</i>	1	
LACTATED RINGERS INTRAVENOUS SOLUTION	1	
MAGNESIUM SULFATE INJECTION SOLUTION 50 %	1	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 % (10ml syringe)</i>	1	
<i>potassium chloride crystal oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1	PA BvD
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	1	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN		
Agentes Hematológicos, Varios		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	1	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	1	
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	1	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	1	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	1	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	1	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>rivaroxaban oral suspension reconstituted 1 mg/ml</i>	1	
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	1	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG	1	
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	1	
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	1	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	1	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	1	
<i>dipyridamole oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	1	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	1	
Modificadores De Formación De Sangre		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral packet 12.5 mg</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral packet 25 mg</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 25 mg</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	1	PA; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	1	PA; QL (20 per 30 days)
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 6 MG/0.6ML	1	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML	1	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	1	PA

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	1	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	1	PA; QL (12 per 28 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML	1	PA; QL (4 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	1	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML	1	PA; QL (4 per 28 days)
REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	1	
<i>javygtor oral tablet 100 mg</i>	1	PA
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	PA
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	1	PA BvD
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	1	PA
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45ML, 28 MG/0.7ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8ML	1	PA
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	1	
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral solution 10 mg/5ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	
SOLUCIONES IRRIGANTES		
Soluciones Irrigantes		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	1	
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION	1	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	1	
VITAMINAS Y MINERALES		
Vitaminas Y Minerales		
C-NATE DHA CAPSULE 28-1-200 MG ORAL	1	
COMPLETENATE TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	
FOLIVANE-OB CAPSULE 85-1 MG ORAL	1	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON TABLET 30-1 MG ORAL	1	
M-NATAL PLUS TABLET 27-1 MG ORAL	1	
NIVA-PLUS TABLET 27-1 MG ORAL	1	
OBSTETRIX DHA 29-1 & 350 MG ORAL	1	
PNV 27-CA/FE/FA TABLET 60-1 MG ORAL	1	
PNV TABS 29-1 TABLET 29-1 MG ORAL	1	
PNV-DHA+DOCUSATE CAPSULE 27-1.25-300 MG ORAL	1	
PNV-OMEGA CAPSULE 28-0.6-0.4-340 MG ORAL	1	
PRENA 1 TRUE 30-1.4 & 300 MG ORAL	1	
PRENAISSANCE CAPSULE 29-1.25-325 MG ORAL	1	
PRENAISSANCE PLUS CAPSULE 28-1-250 MG ORAL	1	
PRENATABS FA TABLET 29-1 MG ORAL	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Límites
PRENATAL 19 TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG	1	
PRENATAL PLUS IRON TABLET 29-1 MG ORAL	1	
PRENATAL-U CAPSULE 106.5-1 MG ORAL	1	
PREPLUS TABLET 27-1 MG ORAL	1	
PRETAB TABLET 29-1 MG ORAL	1	
SELECT-OB TABLET CHEWABLE 29-0.6-0.4 MG ORAL	1	
SELECT-OB TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	
SE-NATAL 19 TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	
TARON-C DHA CAPSULE 35-1 MG ORAL	1	
TARON-PREX CAPSULE 30-1.2-265 MG ORAL	1	
TRIVEEN-DUO DHA 29-1-200 & 300 MG ORAL	1	
VIRT-C DHA CAPSULE 53.5-38-1 MG ORAL	1	
VIRT-NATE DHA CAPSULE 28-1-200 MG ORAL	1	
VIRT-PN DHA CAPSULE 27-0.6-0.4-300 MG ORAL	1	
VIRT-PN PLUS CAPSULE 28-0.6-0.4-340 MG ORAL	1	
VITAFOL GUMMIES TABLET CHEWABLE 3.33-0.333-34.8 MG ORAL	1	
VITAFOL-OB+DHA 65-1 & 250 MG ORAL	1	
VP-PNV-DHA CAPSULE 28-1-215.8 MG ORAL	1	
ZATEAN-PN DHA CAPSULE 27-0.6-0.4-300 MG ORAL	1	
ZATEAN-PN PLUS CAPSULE 28-0.6-0.4-340 MG ORAL	1	

Para el significado de los símbolos y abreviaturas que aparecen en esta tabla, vaya a la página 3 de la introducción. Identificación del formulario 25482. Fecha en que se actualize 09/08/2025

Listado alfabético

A

<i>abacavir sulfate</i>	97
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> ...	97
ABILIFY ASIMTUFII	27
ABILIFY MAINTENA	27
<i>abiraterone acetate</i>	4
<i>abirtega</i>	4
ABOUTTIME PEN NEEDLE	101
ABRYSVO	64
<i>acamprosate calcium</i>	17
<i>acarbose</i>	19
<i>acebutolol hcl</i>	34
<i>acetaminophen-codeine</i>	74
<i>acetazolamide</i>	68
<i>acetazolamide er</i>	68
<i>acetazolamide sodium</i>	68
<i>acetic acid</i>	69, 147
<i>acetylcysteine</i>	45
<i>acitretin</i>	51
ACTEMRA	59
ACTEMRA ACTPEN	59
ACTHAR	58
ACTHAR GEL	58
ACTHIB	64
ACTIMMUNE	72
<i>acyclovir</i>	51, 101
<i>acyclovir sodium</i>	101
ADACEL	65
<i>adapalene</i>	52
<i>adefovir dipivoxil</i>	101
ADEMPAS	73
ADVAIR HFA	46
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	102
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES	102

ADVOCATE INSULIN

SYRINGE	102
<i>afirmelle</i>	83
AIMOVIG	24
AIRSUPRA	46, 47
AJOVY	24
AKEEGA	4
<i>ala-cort</i>	49
<i>albendazole</i>	25
<i>albuterol sulfate</i>	48
<i>albuterol sulfate hfa</i>	47
ALCOHOL PREP	102
ALCOHOL PREP PADS	102
ALCOHOL SWABS	102
ALECENSA	4
<i>alendronate sodium</i>	41
<i>alfuzosin hcl er</i>	55
<i>aliskiren fumarate</i>	40
<i>allopurinol</i>	23
<i>alosetron hcl</i>	40
<i>alprazolam</i>	18
ALREX	70
<i>altavera</i>	83
ALTRENO	52
ALUNBRIG	4
ALVAIZ	145
<i>alyacen 1/35</i>	83
<i>alyacen 7/7/7</i>	83
ALYFTREK	45
<i>alyq</i>	73
<i>amantadine hcl</i>	26
<i>amethyst</i>	83
<i>amikacin sulfate</i>	77
<i>amiloride hcl</i>	38
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	38
<i>amiodarone hcl</i>	33

<i>amitriptyline hcl</i>	92
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	37
<i>amlodipine besylate</i>	37
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	37
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	37
<i>amlodipine-olmesartan</i>	37
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	37
<i>ammonium lactate</i>	51
<i>amoxapine</i>	92
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	52
<i>amoxicillin</i>	81
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	81
<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	42
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	42
<i>amphotericin b</i>	95
<i>amphotericin b liposome</i>	95
<i>ampicillin</i>	81
<i>ampicillin sodium</i>	81
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	81
<i>anagrelide hcl</i>	144
<i>anastrozole</i>	4
ANKTIVA	4
ANORO ELLIPTA	48
<i>aprepitant</i>	24, 25
<i>apri</i>	83
APTIVUS	97
AQ INSULIN SYRINGE	102
AQINJECT PEN NEEDLE ..	102
ARCALYST	59
AREXVY	65
<i>arformoterol tartrate</i>	48
ARIKAYCE	77
<i>aripiprazole</i>	27
ARISTADA	28

ARISTADA INITIO	27	AUSTEDO XR PATIENT		BD PEN NEEDLE MICRO	
<i>armodafinil</i>	42	TITRATION.....	43	ULTRAFINE.....	105
ARNUITY ELLIPTA.....	46	AUVELITY.....	92	BD PEN NEEDLE MINI U/F	
<i>asenapine maleate</i>	28	<i>aviane</i>	83	.....	105
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	145	AVMAPKI FAKZYNJA CO-		BD PEN NEEDLE MINI	
ASSURE ID DUO PRO PEN		PACK	4	ULTRAFINE.....	105
NEEDLES	102	AVONEX PEN.....	43	BD PEN NEEDLE NANO 2ND	
ASSURE ID INSULIN		AVONEX PREFILLED	43	GEN.....	105
SAFETY SYR.....	103	AXTLE.....	4	BD PEN NEEDLE NANO U/F	
ASSURE ID PRO PEN		<i>ayuna</i>	83	.....	105
NEEDLES	103	AYVAKIT	4	BD PEN NEEDLE NANO	
ASTAGRAF XL	59	<i>azacitidine</i>	4	ULTRAFINE.....	105
<i>atazanavir sulfate</i>	97	<i>azathioprine</i>	59	BD PEN NEEDLE ORIG	
<i>atenolol</i>	34	<i>azathioprine sodium</i>	60	ULTRAFINE.....	105
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	34	<i>azelastine hcl</i>	71	BD PEN NEEDLE SHORT	
<i>atomoxetine hcl</i>	42	<i>azithromycin</i>	80	ULTRAFINE.....	105
<i>atorvastatin calcium</i>	37	<i>aztreonam</i>	79	BD SAFETYGLIDE INSULIN	
<i>atovaquone</i>	25	<i>azurette</i>	84	SYRINGE.....	105
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	25	B		BD SAFETYGLIDE	
<i>atropine sulfate</i>	71	<i>bacitracin</i>	69	SYRINGE/NEEDLE	105
ATROVENT HFA	48	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	69	BD SAFETY-LOK INSULIN	
<i>aubra eq</i>	83	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>		SYRINGE.....	105
AUGTYRO	4	.....	69	BD SWAB SINGLE USE	
AUM ALCOHOL PREP PADS		<i>baclofen</i>	146, 147	REGULAR	105
.....	103	<i>balsalazide disodium</i>	40	BD SWABS SINGLE USE	
AUM INSULIN SAFETY PEN		BALVERSA.....	4	BUTTERFLY	105
NEEDLE	103	BAQSIMI ONE PACK	72	BD VEO INSULIN SYR U/F	
AUM MINI INSULIN PEN		BAQSIMI TWO PACK	72	1/2UNIT	106
NEEDLE	103	BCG VACCINE	65	BD VEO INSULIN SYR	
AUM PEN NEEDLE	103	BD AUTOSHIELD	103, 104	ULTRAFINE.....	106
AUM READYGARD DUO		BD AUTOSHIELD DUO	104	BD VEO INSULIN SYRINGE	
PEN NEEDLE.....	103	BD ECLIPSE SYRINGE	104	U/F.....	106
AUM SAFETY PEN NEEDLE		BD INSULIN SYR		BELSOMRA	42
.....	103	ULTRAFINE II.....	104	<i>benazepril hcl</i>	39
<i>aurovela 1.5/30</i>	83	BD INSULIN SYRINGE	104	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	
<i>aurovela 1/20</i>	83	BD INSULIN SYRINGE		.....	39
<i>aurovela 24 fe</i>	83	HALF-UNIT.....	104	<i>bendamustine hcl</i>	4
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	83	BD INSULIN SYRINGE		BENDAMUSTINE HCL.....	4
<i>aurovela fe 1/20</i>	83	MICROFINE.....	104	BENDEKA.....	4
AUSTEDO	42	BD INSULIN SYRINGE		BENLYSTA	60
AUSTEDO XR.....	42, 43	ULTRAFINE.....	104, 105	<i>benztropine mesylate</i>	26
				BESIVANCE.....	69

BESREMI.....	60	<i>bromfenac sodium</i>	70	<i>carbidopa-levodopa er</i>	26
<i>betaine</i>	72	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	70	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	26
<i>betamethasone dipropionate</i> .49, 50		<i>bromocriptine mesylate</i>	26	CAREFINE PEN NEEDLES	106
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	49	BRONCHITOL TOLERANCE TEST	45	CAREONE INSULIN SYRINGE	106
<i>betamethasone valerate</i>	50	BRUKINSA.....	5	CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	106
BETAMETHASONE VALERATE.....	50	<i>budesonide</i>	40, 47	CARETOUCH INSULIN SYRINGE	106, 107
BETASERON	43	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	47	CARETOUCH PEN NEEDLES	107
<i>betaxolol hcl</i>	68	<i>bumetanide</i>	38	<i>carglumic acid</i>	53
<i>bethanechol chloride</i>	55	<i>buprenorphine</i>	75	<i>carisoprodol</i>	147
<i>bexarotene</i>	4	<i>buprenorphine hcl</i>	17	<i>carteolol hcl</i>	68
BEXSERO.....	65	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	17	<i>cartia xt</i>	34
<i>bicalutamide</i>	4	<i>bupropion hcl</i>	92	<i>carvedilol</i>	34
BICILLIN C-R	81	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	17	CAYSTON	79
BICILLIN C-R 900/300	81	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	92	<i>cefaclor</i>	79
BICILLIN L-A	81	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	92	<i>cefadroxil</i>	79
BIKTARVY	97	<i>bupirone hcl</i>	72	<i>cefazolin sodium</i>	79
<i>bimatoprost</i>	68	<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	75	CEFAZOLIN SODIUM- DEXTROSE	79
<i>bisoprolol fumarate</i>	34	<i>butalbital-apap-caffeine</i>	75	<i>cefdinir</i>	79
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	34	C		<i>cefepime hcl</i>	79
BIZENGRI (750 MG DOSE)....	5	CABENUVA.....	97	<i>cefixime</i>	80
<i>bleomycin sulfate</i>	5	<i>cabergoline</i>	26	<i>cefoxitin sodium</i>	80
<i>blisovi 24 fe</i>	84	CABOMETYX.....	5	<i>cefpodoxime proxetil</i>	80
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	84	<i>calcipotriene</i>	51	<i>cefprozil</i>	80
<i>blisovi fe 1/20</i>	84	<i>calcitonin (salmon)</i>	41	<i>ceftazidime</i>	80
BOOSTRIX.....	65	<i>calcitriol</i>	41, 51	<i>ceftriaxone sodium</i>	80
<i>bortezomib</i>	5	<i>calcium acetate</i>	54	<i>cefuroxime axetil</i>	80
BORUZU	5	<i>calcium acetate (phos binder)</i> 54		<i>cefuroxime sodium</i>	80
<i>bosentan</i>	73	CALQUENCE.....	5	<i>celecoxib</i>	73
BOSULIF	5	<i>camila</i>	84	<i>cephalexin</i>	80
BRAFTOVI.....	5	<i>candesartan cilexetil</i>	36	<i>cevimeline hcl</i>	49
BREO ELLIPTA	47	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	36	<i>chateal eq</i>	84
<i>breyana</i>	47	CAPLYTA.....	28	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	18
BREZTRI AEROSPHERE	48	CAPRELSA.....	5	<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>	18
BRILINTA	145	<i>captopril</i>	39	<i>chlorhexidine gluconate</i>	49
<i>brimonidine tartrate</i>	68	<i>carbamazepine</i>	88	<i>chloroquine phosphate</i>	25
<i>brimonidine tartrate-timolol</i> ..	68	<i>carbamazepine er</i>	88		
<i>brinzolamide</i>	68	<i>carbidopa-levodopa</i>	26		
BRIVIACT	88				

<i>chlorpromazine hcl</i>	28	CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)	32	COMFORT EZ INSULIN	
<i>chlorthalidone</i>	38	.....	32	SYRINGE.....	107, 108
<i>cholestyramine</i>	37	CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)	33	COMFORT EZ PEN NEEDLES	
<i>cholestyramine light</i>	37	.....	33	.....	108
<i>ciclopirox</i>	95	CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)	33	COMFORT EZ PRO PEN	
<i>ciclopirox olamine</i>	95	.....	33	NEEDLES	108, 109
<i>cilostazol</i>	145	<i>clinisol sf</i>	33	COMFORT TOUCH INSULIN	
CIMDUO.....	97	CLINOLIPID.....	33	PEN NEED.....	109
<i>cimetidine</i>	52	<i>clobazam</i>	88, 89	COMPLETENATE	147
<i>cimetidine hcl</i>	52	<i>clobetasol propionate</i>	50	<i>compro</i>	25
CIMZIA.....	60	<i>clobetasol propionate e</i>	50	<i>constulose</i>	53
CIMZIA (2 SYRINGE).....	60	<i>clobetasol propionate emulsion</i>	50	COPIKTRA	5
<i>cinacalcet hcl</i>	41	.....	50	CORLANOR.....	35
CINQAIR	45	<i>clomipramine hcl</i>	92	CORTROPHIN.....	58
<i>ciprofloxacin hcl</i>	69, 82	<i>clonazepam</i>	18	COSENTYX.....	60, 72
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	82	<i>clonidine</i>	33	COSENTYX (300 MG DOSE)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	69	<i>clonidine hcl</i>	33	.....	60
<i>citalopram hydrobromide</i>	92	<i>clopidogrel bisulfate</i>	145	COSENTYX SENSOREADY	
<i>clarithromycin</i>	80	<i>clorazepate dipotassium</i>	18	(300 MG).....	60
CLENPIQ.....	54	<i>clotrimazole</i>	95	COSENTYX UNOREADY ...	60
CLEVER CHOICE COMFORT		<i>clotrimazole-betamethasone</i>	95	COTELLIC.....	5
EZ.....	107	<i>clozapine</i>	28	CREON.....	146
CLICKFINE PEN NEEDLES		C-NATE DHA.....	147	<i>cromolyn sodium</i>	45, 53, 71
.....	107	COARTEM	25	<i>cryselle-28</i>	84
<i>clindamycin hcl</i>	77	COBENFY	28	CURITY ALCOHOL PREPS	
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	77	COBENFY STARTER PACK		.....	109
<i>clindamycin phos (once-daily)</i>	51	.....	28	CURITY ALL PURPOSE	
<i>clindamycin phos (twice-daily)</i>		<i>colchicine</i>	23	SPONGES	109
.....	51	<i>colchicine-probenecid</i>	23	CURITY GAUZE.....	109
<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>		<i>colesevelam hcl</i>	37	CURITY GAUZE SPONGE	109
.....	52	<i>colestipol hcl</i>	37	CURITY SPONGES	109
<i>clindamycin phosphate</i>	52, 77,	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	78	CVS GAUZE.....	109
78		COMBIVENT RESPIMAT ...	48	CVS GAUZE STERILE.....	109
<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	77	COMETRIQ (100 MG DAILY		<i>cyclafem 1/35</i>	84
CLINDAMYCIN PHOSPHATE		DOSE)	5	<i>cyclafem 7/7/7</i>	84
IN D5W	78	COMETRIQ (140 MG DAILY		<i>cyclobenzaprine hcl</i>	147
CLINDAMYCIN PHOSPHATE		DOSE)	5	<i>cyclophosphamide</i>	5, 6
IN NACL.....	78	COMETRIQ (60 MG DAILY		CYCLOPHOSPHAMIDE	5, 6
CLINIMIX E/DEXTROSE		DOSE)	5	<i>cyclosporine</i>	60, 70
(8/10).....	32	COMFORT ASSIST INSULIN		<i>cyclosporine modified</i>	60
CLINIMIX E/DEXTROSE		SYRINGE.....	107	CYLTEZO (2 PEN).....	60
(8/14).....	32			CYLTEZO (2 SYRINGE).....	60

CYLTEZO-CD/UC/HS	
STARTER	60
CYLTEZO-PSORIASIS/UV	
STARTER	60
<i>cyproheptadine hcl</i>	96
<i>cyred eq</i>	84
D	
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	
.....	144
<i>dalfampridine er</i>	43
<i>danazol</i>	56
<i>dantrolene sodium</i>	147
DANYELZA	6
DANZITEN.....	6
<i>dapsone</i>	96
DAPTACEL	65
<i>daptomycin</i>	78
DAPTOMYCIN	78
DAPTOMYCIN-SODIUM	
CHLORIDE.....	78
<i>darunavir</i>	97
<i>dasatinib</i>	6
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	84
<i>dasetta 7/7/7</i>	84
DATROWAY.....	6
DAURISMO.....	6
<i>deblitane</i>	84
<i>decitabine</i>	6
<i>deferasirox</i>	76
<i>deferasirox granules</i>	76
DELSTRIGO.....	97
<i>delyla</i>	84
<i>demeclocycline hcl</i>	83
DENG VAXIA.....	65
<i>denta 5000 plus</i>	49
<i>dentagel</i>	49
DEPO-SUBQ PROVERA 104	
.....	59
DERMACEA GAUZE	
SPONGE	109
DERMACEA IV DRAIN	
SPONGES	109

DERMACEA NON-WOVEN	
SPONGES	109
DERMACEA TYPE VII	
GAUZE	109
DESCOVY	97
<i>desipramine hcl</i>	93
<i>desloratadine</i>	96
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	58
<i>desmopressin acetate</i>	58
<i>desmopressin acetate spray</i>	58
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	84
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	93
<i>dexamethasone</i>	57
<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	
.....	57
<i>dexamethasone sodium</i>	
<i>phosphate</i>	57, 70
<i>dextrose</i>	33
DEXTROSE	33
<i>dextrose-nacl</i>	143
<i>dextrose-sodium chloride</i>	143
DIACOMIT	89
DIATHRIVE PEN NEEDLE	109
<i>diazepam</i>	18, 89
<i>diazepam intensol</i>	18
<i>diazoxide</i>	72
<i>diclofenac epolamine</i>	73
<i>diclofenac potassium</i>	73
<i>diclofenac sodium</i>	70, 73, 74
<i>diclofenac sodium er</i>	73
<i>diclofenac-misoprostol</i>	74
<i>dicloxacillin sodium</i>	81
<i>dicyclomine hcl</i>	53
DIFICID	80
<i>difluprednate</i>	70
<i>digoxin</i>	35
<i>dihydroergotamine mesylate</i> ..	24
DILANTIN.....	89
<i>diltiazem hcl</i>	35
<i>diltiazem hcl er</i>	35
<i>diltiazem hcl er beads</i>	35
<i>diltiazem hcl er coated beads</i> ..	35

<i>dilt-xr</i>	35
<i>dimethyl fumarate</i>	43
<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	
.....	43
<i>diphenhydramine hcl</i>	96
<i>diphenoxylate-atropine</i>	53
DIPHThERIA-TETANUS	
TOXOIDS DT	65
<i>dipyridamole</i>	145
<i>disulfiram</i>	17
<i>divalproex sodium</i>	89
<i>divalproex sodium er</i>	89
<i>dofetilide</i>	33
<i>dolishale</i>	84
<i>donepezil hcl</i>	18, 19
<i>dorzolamide hcl</i>	68
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	68
DOVATO	97
<i>doxazosin mesylate</i>	33
<i>doxepin hcl</i>	42, 93
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	6
<i>doxy 100</i>	83
<i>doxycycline hyclate</i>	83
<i>doxycycline monohydrate</i>	83
DRIZALMA SPRINKLE	93
<i>dronabinol</i>	25
<i>droperidol</i>	25
DROPLET INSULIN	
SYRINGE.....	110, 111
DROPLET MICRON	111
DROPLET PEN NEEDLES.....	111
DROPSAFE ALCOHOL PREP	
.....	111
DROPSAFE SAFETY PEN	
NEEDLES	111
DROPSAFE SAFETY	
SYRINGE/NEEDLE	111
<i>droxidopa</i>	33
DRUG MART ULTRA	
COMFORT SYR.....	111, 112
DRUG MART UNIFINE	
PENTIPS	112

DUAVEE	56	<i>elimest</i>	84	ENBREL MINI	61
<i>duloxetine hcl</i>	93	ELIQUIS	144	ENBREL SURECLICK	61
DUPIXENT	61	ELIQUIS DVT/PE STARTER		<i>endocet</i>	75
<i>dutasteride</i>	55	PACK	144	ENGERIX-B.....	65
E		ELMIRON.....	72	<i>enilloring</i>	84
EASY COMFORT ALCOHOL		ELREXFIO.....	6	<i>enoxaparin sodium</i>	144
PADS.....	112	<i>eltrombopag olamine</i>	145	<i>enpresse-28</i>	84
EASY COMFORT INSULIN		<i>eluryng</i>	84	<i>enskyce</i>	84
SYRINGE.....	112	EMBECTA AUTOSHIELD		<i>entacapone</i>	26
EASY COMFORT PEN		DUO	115	<i>entecavir</i>	101
NEEDLES	112, 113	EMBECTA INS SYR U/F 1/2		ENTRESTO.....	36
EASY GLIDE PEN NEEDLES		UNIT	115	<i>enulose</i>	53
.....	113	EMBECTA INSULIN SYR		EPCLUSA	100
EASY TOUCH ALCOHOL		ULTRAFINE.....	115	EPIDIOLEX	89
PREP MEDIUM.....	113	EMBECTA INSULIN		<i>epinastine hcl</i>	71
EASY TOUCH FLIPLOCK		SYRINGE.....	116	<i>epinephrine</i>	35
INSULIN SY	113	EMBECTA INSULIN		<i>epitol</i>	89
EASY TOUCH FLIPLOCK		SYRINGE U-100	116	EPIVIR HBV	98
SAFETY SYR	113	EMBECTA INSULIN		EPKINLY	6
EASY TOUCH INSULIN		SYRINGE U-500	116	<i>eplerenone</i>	40
BARRELS.....	113	EMBECTA PEN NEEDLE		EPRONTIA	89
EASY TOUCH INSULIN		NANO	116	EQL ALCOHOL SWABS ..	116
SAFETY SYR.....	113	EMBECTA PEN NEEDLE		EQL GAUZE.....	116
EASY TOUCH INSULIN		NANO 2 GEN	116	EQL INSULIN SYRINGE ..	116
SYRINGE.....	113, 114	EMBECTA PEN NEEDLE		ERBITUX.....	6
EASY TOUCH PEN NEEDLES		ULTRAFINE.....	116	<i>ergoloid mesylates</i>	19
.....	114, 115	EMBRACE PEN NEEDLES	116	ERIVEDGE	6
EASY TOUCH SAFETY PEN		EMCYT	6	ERLEADA	6
NEEDLES	115	EMGALITY	24	<i>erlotinib hcl</i>	6
EASY TOUCH		EMGALITY (300 MG DOSE)		<i>errin</i>	84
SHEATHLOCK SYRINGE		.....	24	<i>ertapenem sodium</i>	79
.....	115	<i>emoquette</i>	84	<i>erythromycin</i>	52, 69, 81
<i>econazole nitrate</i>	95	EMRELIS.....	6	<i>erythromycin base</i>	81
EDURANT	97	EMSAM	93	ERZOFRI	28, 29
EDURANT PED	97	<i>emtricitabine</i>	97	<i>escitalopram oxalate</i>	93
<i>efavirenz</i>	97	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	98	<i>eslicarbazepine acetate</i>	89
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i> 97		<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df</i> ..	98	<i>esomeprazole magnesium</i> .52, 53	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>		EMTRIVA.....	98	<i>estarylla</i>	84
.....	97	<i>emzahh</i>	84	<i>estradiol</i>	56
ELAHERE.....	6	<i>enalapril maleate</i>	39	ESTROGEL.....	56
ELEPSIA XR	89	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	39	<i>eszopiclone</i>	42
ELIGARD	6	ENBREL	61	<i>ethambutol hcl</i>	96

<i>ethosuximide</i>	89	<i>fentanyl citrate</i>	75	FOLIVANE-OB	147
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ..	84	<i>fesoterodine fumarate er</i>	55	<i>fondaparinux sodium</i>	144
<i>etodolac</i>	74	FETZIMA.....	93	<i>fosamprenavir calcium</i>	98
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	84	FETZIMA TITRATION	93	<i>fosfomycin tromethamine</i>	78
ETOPOPHOS.....	7	FIASP	21	<i>fosinopril sodium</i>	39
<i>etoposide</i>	7	FIASP FLEXTOUCH	21	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	39
<i>etravirine</i>	98	FIASP PENFILL	21	<i>fosphenytoin sodium</i>	89
EUCRISA.....	50	<i>fidaxomicin</i>	81	FOTIVDA.....	7
EULEXIN.....	7	<i>finasteride</i>	55	FREESTYLE PRECISION INS	
<i>everolimus</i>	7, 61	<i>fingolimod hcl</i>	43	SYR	116, 117
EVOTAZ.....	98	FINTEPLA	89	FRUZAQLA.....	7
EVRYSDI.....	72	FIRMAGON.....	7	<i>fulvestrant</i>	7
EXEL COMFORT POINT PEN		FIRMAGON (240 MG DOSE) 7		<i>furosemide</i>	39
NEEDLE	116	<i>flavoxate hcl</i>	55	FUZEON	98
<i>exemestane</i>	7	<i>flecainide acetate</i>	33	FYARRO.....	7
EXTENCILLINE	81	<i>floxuridine</i>	7	FYCOMPA.....	89
EYSUVIS.....	70	<i>fluconazole</i>	95	G	
<i>ezetimibe</i>	37	<i>fluconazole in sodium chloride</i>		<i>gabapentin</i>	89
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	37	.....	95	<i>galantamine hydrobromide</i>	19
F		<i>flucytosine</i>	95	<i>galantamine hydrobromide er</i> 19	
<i>falmina</i>	84	<i>fludrocortisone acetate</i>	57	<i>gallifrey</i>	59
<i>famciclovir</i>	101	<i>flunisolide</i>	70	GAMUNEX-C.....	61
<i>famotidine</i>	53	<i>fluocinolone acetonide</i>	50, 71	GARDASIL 9	65
FANAPT	29	<i>fluocinolone acetonide body</i> ...50		GAUZE PADS	117
FANAPT TITRATION PACK		<i>fluocinolone acetonide scalp</i> ..50		GAUZE TYPE VII MEDI-PAK	
A.....	29	<i>fluocinonide</i>	50	.....	117
FANAPT TITRATION PACK		<i>fluorometholone</i>	71	GAVILYTE-C	54
B	29	<i>fluorouracil</i>	7, 51	<i>gavilyte-g</i>	54
FANAPT TITRATION PACK		<i>fluoxetine hcl</i>	93	<i>gavilyte-n with flavor pack</i>	54
C	29	<i>fluphenazine decanoate</i>	29	GAVRETO	7
FARXIGA	19	<i>fluphenazine hcl</i>	29	<i>gefitinib</i>	7
FASENRA.....	45	<i>flurbiprofen</i>	74	<i>gemfibrozil</i>	38
FASENRA PEN	45	FLURBIPROFEN	74	<i>generlac</i>	53
<i>febuxostat</i>	23	<i>flurbiprofen sodium</i>	71	<i>gengraf</i>	61
<i>feirza 1.5/30</i>	84	FLUTAMIDE.....	7	GENTAK.....	69
<i>feirza 1/20</i>	84	<i>fluticasone propionate</i>	50, 71	<i>gentamicin in saline</i>	77
<i>felbamate</i>	89	<i>fluticasone propionate hfa</i>	47	<i>gentamicin sulfate</i>	52, 69, 77
<i>felodipine er</i>	37	<i>fluticasone-salmeterol</i>	47	GENVOYA	98
<i>femynor</i>	84	<i>fluvastatin sodium</i>	38	GILOTRIF	7
<i>fenofibrate</i>	37, 38	<i>fluvastatin sodium er</i>	38	<i>glatiramer acetate</i>	43
<i>fenofibrate micronized</i>	37	<i>fluvoxamine maleate</i>	93	<i>glatopa</i>	43
<i>fentanyl</i>	75	<i>fluvoxamine maleate er</i>	93	GLEOSTINE	7

<i>glimepiride</i>	23	<i>griseofulvin microsize</i>	95	HM ULTICARE INSULIN	
<i>glipizide</i>	23	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	95	SYRINGE.....	120
<i>glipizide er</i>	23	<i>guanfacine hcl</i>	33	HM ULTICARE SHORT PEN	
<i>glipizide-metformin hcl</i>	23	<i>guanfacine hcl er</i>	43	NEEDLES	120
GLOBAL ALCOHOL PREP		GVOKE HYPOPEN 2-PACK	72	HUMIRA (2 PEN).....	61
EASE.....	117	GVOKE KIT	72	HUMIRA (2 SYRINGE).....	61
GLOBAL EASE INJECT PEN		GVOKE PFS	72	HUMIRA-CD/UC/HS	
NEEDLES	117	H		STARTER	61
GLOBAL EASY GLIDE		HAEGARDA.....	145	HUMIRA-PED<40KG	
INSULIN SYR	117	<i>hailey 24 fe</i>	84	CROHNS STARTER	61
GLOBAL INJECT EASE		<i>hailey fe 1.5/30</i>	84	HUMIRA-PED>/=40KG	
INSULIN SYR	117	<i>hailey fe 1/20</i>	84	CROHNS START	61
<i>glucagon emergency</i>	72	<i>halobetasol propionate</i>	50	HUMIRA-PED>/=40KG UC	
GLUCOPRO INSULIN		<i>haloette</i>	85	STARTER	62
SYRINGE.....	117, 118	<i>haloperidol</i>	29	HUMIRA-PS/UV/ADOL HS	
<i>glyburide</i>	23	<i>haloperidol decanoate</i>	29	STARTER	62
<i>glyburide micronized</i>	23	<i>haloperidol lactate</i>	29	HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT	
<i>glyburide-metformin</i>	23	HARVONI.....	100	STARTER	62
<i>glycopyrrolate</i>	18, 53	HAVRIX	65	HUMULIN R U-500	
<i>glydo</i>	76	HEALTHWISE INSULIN		(CONCENTRATED)	21
GLYXAMBI	19	SYR/NEEDLE.....	118, 119	HUMULIN R U-500	
GNP ALCOHOL SWABS... 118		HEALTHWISE MICRON PEN		KWIKPEN.....	21
GNP CLICKFINE PEN		NEEDLES	119	<i>hydralazine hcl</i>	35
NEEDLES	118	HEALTHWISE SHORT PEN		<i>hydrochlorothiazide</i>	39
GNP INSULIN SYRINGE... 118		NEEDLES	119	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .75	
GNP INSULIN SYRINGES 118		HEALTHY ACCENTS		<i>hydrocortisone</i>	41, 50, 57
GNP INSULIN SYRINGES		UNIFINE PENTIP	119	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	50
29GX1/2	118	<i>heather</i>	85	<i>hydrocortisone valerate</i>	50
GNP INSULIN SYRINGES		H-E-B INCONTROL		<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	69
30GX5/16	118	ALCOHOL	119	<i>hydromorphone hcl</i>	75
GNP INSULIN SYRINGES		H-E-B INCONTROL PEN		<i>hydroxychloroquine sulfate</i> ...	25, 26
31GX5/16	118	NEEDLES	119	<i>hydroxyurea</i>	8
GNP STERILE GAUZE 118		<i>heparin sodium (porcine)</i>	144	<i>hydroxyzine hcl</i>	96
GNP ULTRA COM INSULIN		HEPLISAV-B.....	65	<i>hydroxyzine pamoate</i>	72
SYRINGE.....	118	HERCEPTIN HYLECTA	7	I	
GOMEKLI	7	HERNEXEOS	7	<i>ibandronate sodium</i>	41
GOODSENSE ALCOHOL		HERZUMA	7	IBRANCE.....	8
SWABS	118	HIBERIX.....	65	IBTROZI	8
GOODSENSE CLICKFINE		HM STERILE ALCOHOL		<i>ibu</i>	74
PEN NEEDLE.....	118	PREP	119	<i>ibuprofen</i>	74
GOODSENSE PEN NEEDLE		HM STERILE PADS	119	<i>icatibant acetate</i>	35
PENFINE	118				

<i>iclevia</i>	85	INSULIN SYRINGE/NEEDLE	120	<i>javygtor</i>	146
ICLUSIG	8	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	120, 121	JAYPIRCA	8
<i>icosapent ethyl</i>	38	INSUPEN PEN NEEDLES	121	JEMPERLI	9
IDHIFA	8	INSUPEN SENSITIVE	121	<i>jencycla</i>	85
<i>ifosfamide</i>	8	INSUPEN ULTRAFIN	121	JENTADUETO	19
ILEVRO	71	INSUPEN32G EXTR3ME	121	JENTADUETO XR	19
<i>imatinib mesylate</i>	8	INTELENCE	98	<i>jolessa</i>	85
IMBRUVICA	8	INTRON A	101	<i>juleber</i>	85
IMDELLTRA	8	<i>introvale</i>	85	JULUCA	98
<i>imipenem-cilastatin</i>	79	INVEGA HAFYERA	29	<i>junel 1.5/30</i>	85
<i>imipramine hcl</i>	93	INVEGA SUSTENNA	29, 30	<i>junel 1/20</i>	85
<i>imiquimod</i>	51	INVEGA TRINZA	30	<i>junel fe 1.5/30</i>	85
IMJUDO	8	INVELTYS	71	<i>junel fe 1/20</i>	85
IMKELDI	8	IPOL	66	<i>junel fe 24</i>	85
IMOVAX RABIES	66	<i>ipratropium bromide</i>	48, 71	JYLAMVO	9
IMPAVIDO	26	<i>ipratropium-albuterol</i>	48	JYNNEOS	66
<i>incassia</i>	85	<i>irbesartan</i>	36	K	
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES	120	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	36	KALETRA	98
INCRELEX	58	ISENTRESS	98	KALYDECO	45, 46
<i>indapamide</i>	39	ISENTRESS HD	98	<i>kariva</i>	85
<i>indomethacin</i>	74	<i>isibloom</i>	85	<i>kelnor 1/35</i>	85
INFANRIX	66	<i>isoniazid</i>	96	<i>kelnor 1/50</i>	85
<i>infliximab</i>	62	<i>isosorbide dinitrate</i>	40	KENDALL HYDROPHILIC FOAM DRESS	121
INGREZZA	43, 44	<i>isosorbide mononitrate</i>	40	KENDALL HYDROPHILIC FOAM PLUS	121
INLYTA	8	<i>isosorbide mononitrate er</i>	40	KERENDIA	40
INPEN 100-BLUE-LILLY-HUMALOG	120	ITOVEBI	8	KESIMPTA	44
INPEN 100-BLUE-NOVOLOG-FIASP	120	<i>itraconazole</i>	95	<i>ketoconazole</i>	95
INQOVI	8	<i>ivabradine hcl</i>	35	<i>ketorolac tromethamine</i>	71, 74
INREBIC	8	<i>ivermectin</i>	26	KEYTRUDA	9
<i>insulin asp prot & asp flexpen</i>	21	IWILFIN	8	KIMMTRAK	9
INSULIN ASPART	21	IXIARO	66	KINERET	62
INSULIN ASPART FLEXPEN	21	J		KINRAY INSULIN SYRINGE	121
INSULIN ASPART PENFILL	21	J & J GAUZE	121	KINRIX	66
<i>insulin aspart prot & aspart</i>	21	JAKAFI	8	<i>kionex</i>	53
<i>insulin glargine-yfgn</i>	21	<i>jantoven</i>	144	KISQALI (200 MG DOSE)	9
INSULIN SYRINGE	120	JANUMET	19	KISQALI (400 MG DOSE)	9
		JANUMET XR	19	KISQALI (600 MG DOSE)	9
		JANUVIA	19	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	9
		JARDIANCE	19		

KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	9	<i>larin fe 1.5/30</i>	85	<i>levocarnitine</i>	72
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	9	<i>larin fe 1/20</i>	85	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	96
KLISYRI (250 MG).....	51	<i>larissia</i>	85	<i>levofloxacin</i>	71, 82
<i>klor-con m10</i>	143	<i>latanoprost</i>	68	<i>levofloxacin in d5w</i>	82
<i>klor-con m15</i>	143	LAZCLUZE	9	<i>levonest</i>	85
<i>klor-con m20</i>	143	LEADER INSULIN SYRINGE	121	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	85
KLOXXADO	17	LEADER UNIFINE PENTIPS	122	<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i>	85
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G.....	121	LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS	122	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> ..	85
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G.....	121	<i>leflunomide</i>	62	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> .	85
KOSELUGO	9	<i>lenalidomide</i>	9	<i>levora 0.15/30 (28)</i>	85
KOSHER PRENATAL PLUS IRON	147	LENTOCILIN	82	<i>levothyroxine sodium</i>	56
KRAZATI	9	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	9	LEXIVA	98
KROGER INSULIN SYRINGE	121	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	9	<i>l-glutamine</i>	72
KROGER PEN NEEDLES ..	121	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	9	LIBERVANT	90
<i>kurvelo</i>	85	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	9	<i>lidocaine</i>	76
KYLEENA	85	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	9	<i>lidocaine hcl</i>	76
KYNMOBI.....	27	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	10	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	76
KYNMOBI TITRATION KIT	27	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	10	<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	76
L		LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	10	<i>lidocaine viscous hcl</i>	76
<i>labetalol hcl</i>	34	<i>lessina</i>	85	<i>lidocaine-prilocaine</i>	76
<i>lacosamide</i>	90	<i>letrozole</i>	10	<i>lidocan</i>	76
LACTATED RINGERS.....	143	<i>leucovorin calcium</i>	72	LILETTA (52 MG).....	86
<i>lactulose</i>	53	LEUKERAN	10	<i>lillow</i>	86
<i>lamivudine</i>	98	<i>leuprolide acetate</i>	10	<i>linezolid</i>	78
<i>lamivudine-zidovudine</i>	98	LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH).....	10	LINZESS	53
<i>lamotrigine</i>	90	<i>levalbuterol hcl</i>	48	<i>liothyronine sodium</i>	56
<i>lamotrigine er</i>	90	<i>levalbuterol tartrate</i>	48	<i>lisinopril</i>	39
LANREOTIDE ACETATE ..	58	<i>levetiracetam</i>	90	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	39
<i>lansoprazole</i>	53	<i>levetiracetam er</i>	90	LITETOUCH INSULIN SYRINGE	122
LANTUS	22	<i>levobunolol hcl</i>	68	LITETOUCH PEN NEEDLES	122
LANTUS SOLOSTAR	22			<i>lithium</i>	44
<i>lapatinib ditosylate</i>	9			<i>lithium carbonate</i>	44
<i>larin 1.5/30</i>	85			LITHIUM CARBONATE.....	44
<i>larin 1/20</i>	85			<i>lithium carbonate er</i>	44
<i>larin 24 fe</i>	85			LIVTENCITY	100
				LOKELMA.....	53
				LONSURF	10
				<i>loperamide hcl</i>	53
				<i>lopinavir-ritonavir</i>	98

LOQTORZI.....	10	<i>lyza</i>	86	MEIJER PEN NEEDLES.....	123
<i>lorazepam</i>	18	M		MEKINIST.....	11
<i>lorazepam intensol</i>	18	MAGELLAN INSULIN		MEKTOVI.....	11
LORBRENA.....	10	SAFETY SYR.....	122, 123	<i>meleya</i>	86
<i>losartan potassium</i>	36	<i>magnesium sulfate</i>	143	<i>meloxicam</i>	74
<i>losartan potassium-hctz</i>	36	MAGNESIUM SULFATE...	143	<i>memantine hcl</i>	19
LOTEMAX.....	71	<i>malathion</i>	52	<i>memantine hcl er</i>	19
LOTEMAX SM.....	71	<i>maraviroc</i>	98	MENACTRA.....	66
<i>loteprednol etabonate</i>	71	MARGENZA.....	11	MENQUADFI.....	66
<i>lovastatin</i>	38	<i>marlissa</i>	86	MENVEO.....	66
<i>low-ogestrel</i>	86	MARPLAN.....	93	<i>mercaptopurine</i>	11
<i>loxapine succinate</i>	30	MATULANE.....	11	<i>meropenem</i>	79
<i>lubiprostone</i>	54	MAVENCLAD (10 TABS)...	44	MEROPENEM.....	79
LUMAKRAS.....	10	MAVENCLAD (4 TABS)....	44	<i>mesalamine</i>	41
LUMIGAN.....	68	MAVENCLAD (5 TABS)....	44	<i>mesalamine er</i>	41
LUNSUMIO.....	10	MAVENCLAD (6 TABS)....	44	<i>mesna</i>	72
LUPRON DEPOT (1-MONTH)		MAVENCLAD (7 TABS)....	44	<i>metformin hcl</i>	20
.....	10, 58	MAVENCLAD (8 TABS)....	44	<i>metformin hcl er</i>	19
LUPRON DEPOT (3-MONTH)		MAVENCLAD (9 TABS)....	44	<i>methadone hcl</i>	75
.....	10, 58	MAXICOMFORT II PEN		<i>methazolamide</i>	68
LUPRON DEPOT (4-MONTH)		NEEDLE.....	123	<i>methenamine hippurate</i>	78
.....	10	MAXI-COMFORT INSULIN		<i>methimazole</i>	56
LUPRON DEPOT (6-MONTH)		SYRINGE.....	123	<i>methocarbamol</i>	147
.....	10	MAXI-COMFORT SAFETY		<i>methotrexate sodium</i>	11
LUPRON DEPOT-PED (3-		PEN NEEDLE.....	123	METHOTREXATE SODIUM	
MONTH).....	58	MAXICOMFORT SYR 27G X		.....	11
LUPRON DEPOT-PED (6-		1/2.....	123	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	11
MONTH).....	58	MAYZENT.....	44	<i>methoxsalen rapid</i>	51
<i>lurasidone hcl</i>	30	MAYZENT STARTER PACK		<i>methsuximide</i>	90
<i>lutra</i>	86	.....	44	<i>methylphenidate hcl</i>	44
LUTRATE DEPOT.....	58	<i>meclizine hcl</i>	25	<i>methylprednisolone</i>	57
LYBALVI.....	30	MEDIC INSULIN SYRINGE		<i>methylprednisolone acetate</i>	57
<i>lyleq</i>	86	.....	123	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	
LYNOZYFIC.....	10	MEDICINE SHOPPE PEN		.....	57
LYNPARZA.....	10	NEEDLES.....	123	<i>metoclopramide hcl</i>	54
LYSODREN.....	10	MEDPURA ALCOHOL PADS		<i>metolazone</i>	39
LYTGOBI (12 MG DAILY		.....	123	<i>metoprolol succinate er</i>	34
DOSE).....	11	<i>medroxyprogesterone acetate</i> ..	59	<i>metoprolol tartrate</i>	34
LYTGOBI (16 MG DAILY		<i>mefloquine hcl</i>	26	<i>metronidazole</i>	52, 77, 78
DOSE).....	11	<i>megestrol acetate</i>	11, 59	<i>metryrosine</i>	35
LYTGOBI (20 MG DAILY		MEIJER ALCOHOL SWABS		<i>mexiletine hcl</i>	33
DOSE).....	11	.....	123	<i>miconazole sodium</i>	95

MICONAZOLE 3	96	MOXIFLOXACIN HCL	82	nevirapine er	98
MICRODOT PEN NEEDLE	123, 124	MOXIFLOXACIN HCL IN NACL	82	NEXLETOL	38
<i>microgestin 1.5/30</i>	86	MRESVIA	66	NEXLIZET	38
<i>microgestin 1/20</i>	86	MS INSULIN SYRINGE	125	NEXPLANON	86
<i>microgestin 24 fe</i>	86	MULTAQ	33	NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC)	38
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	86	<i>mupirocin</i>	52	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	38
<i>microgestin fe 1/20</i>	86	MVASI	11	NIACOR	38
<i>midodrine hcl</i>	33	<i>mycophenolate mofetil</i>	62	NICOTROL NS	17
MIEBO	71	<i>mycophenolate mofetil hcl</i>	62	<i>nifedipine</i>	37
<i>mifepristone</i>	20	<i>mycophenolate sodium</i>	62	<i>nifedipine er</i>	37
<i>mili</i>	86	MYRBETRIQ	55	<i>nifedipine er osmotic release</i>	37
<i>minocycline hcl</i>	83	N		NIKTIMVO	62
<i>minoxidil</i>	40	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	54	<i>nilutamide</i>	11
MIPLYFFA	101	<i>nabumetone</i>	74	NINLARO	11
MIRASORB SPONGES	124	<i>nadolol</i>	34	<i>nitazoxanide</i>	26
MIRENA (52 MG)	86	<i>nafcilin sodium</i>	82	<i>nitisinone</i>	146
<i>mirtazapine</i>	93	<i>naloxone hcl</i>	17	NITRO-BID	40
<i>misoprostol</i>	53	<i>naltrexone hcl</i>	17	<i>nitrofurantoin</i>	78
<i>mitoxantrone hcl</i>	11	<i>naproxen</i>	74	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	78
MM PEN NEEDLES	124	<i>naratriptan hcl</i>	24	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	78
M-M-R II	66	NATACYN	69	<i>nitroglycerin</i>	40, 72
M-NATAL PLUS	147	<i>nateglinide</i>	20	NIVA-PLUS	147
<i>modafinil</i>	42	NATPARA	41	NIVESTYM	145
MODEYSO	11	NAYZILAM	90	NORDITROPIN FLEXPPO	58
<i>moexipril hcl</i>	39	<i>nebivolol hcl</i>	34	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	86
<i>molindone hcl</i>	30	<i>nefazodone hcl</i>	94	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	86
<i>mometasone furoate</i>	50, 71	NEFAZODONE HCL	94	<i>norethindrone</i>	86
MONOJECT INSULIN SYRINGE	124	<i>neomycin sulfate</i>	77	<i>norethindrone acetate</i>	59
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE ...	124, 125	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	69	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	86
<i>mono-linyah</i>	86	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	69	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	86
<i>montelukast sodium</i>	47	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	69	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	86
MORPHINE SULFATE ..	75, 76	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	70	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	86
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	75	<i>neo-polycin</i>	70	<i>norlyda</i>	86
<i>morphine sulfate er</i>	75	<i>neo-polycin hc</i>	70	<i>norlyroc</i>	86
MOUNJARO	20	NERLYNX	11	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	86
MOVANTIK	54	<i>neuac</i>	52	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	87
<i>moxifloxacin hcl</i>	69, 82	NEULASTA ONPRO	145	<i>nortrel 7/7/7</i>	87
		<i>nevirapine</i>	98	<i>nortriptyline hcl</i>	94
				NORVIR	98, 99

NOVOFINE AUTOCOVER 125	OFEV.....46	OPDUALAG .....12
NOVOFINE PEN NEEDLE 125	<i>ofloxacin</i> .....70	OPIPZA .....31
NOVOFINE PLUS PEN	OGIVRI .....11	OPSUMIT.....73
NEEDLE .....125	OGSIVEO .....11, 12	ORENCIA .....62
NOVOLIN 70/30.....22	OJEMDA.....12	ORENCIA CLICKJECT .....62
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....22	OJJAARA.....12	ORFADIN .....146
NOVOLIN 70/30 RELION.....22	<i>olanzapine</i> .....30, 31	ORGOVYX .....58
NOVOLIN N.....22	<i>olmesartan medoxomil</i> .....36	ORILISSA .....58
NOVOLIN N FLEXPEN .....22	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>.....36	ORKAMBI .....46
NOVOLIN N RELION .....22	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> ...36	<i>orquidea</i>.....87
NOVOLIN R.....22	<i>olopatadine hcl</i>.....71	ORSERDU .....12
NOVOLIN R FLEXPEN .....22	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>.....38	<i>oseltamivir phosphate</i>.....100
NOVOLIN R RELION .....22	<i>omeprazole</i> .....53	OSENVELT .....41
NOVOLOG .....22	OMNIPOD 5 DEXG7G6	OTEZLA.....62
NOVOLOG FLEXPEN.....22	INTRO GEN 5.....125	<i>oxandrolone</i>.....56
NOVOLOG MIX 70/30 .....22	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS	<i>oxcarbazepine</i>.....90
NOVOLOG MIX 70/30	GEN 5.....125	<i>oxybutynin chloride</i> .....55
FLEXPEN .....22	OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN	<i>oxybutynin chloride er</i>.....55
NOVOLOG PENFILL .....22	5).....125	<i>oxycodone hcl</i> .....76
NOVOTWIST PEN NEEDLE	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN	<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....76
.....125	5).....125	OZEMPIC (0.25 OR 0.5
NUBEQA .....11	OMNIPOD 5 LIBRE2 G6	MG/DOSE).....20
NUCALA .....46	INTRO G5.....125	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....20
NUEDEXTA .....44	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....20
NULOJIX.....62	G6 PODS.....125	P
NUPLAZID.....30	OMNIPOD CLASSIC PDM	<i>pacerone</i> .....33
NURTEC.....24	(GEN 3).....125	PACLITAXEL PROTEIN-
<i>nyamyc</i>.....96	OMNIPOD CLASSIC PODS	BOUND PART.....12
<i>nylia 1/35</i>.....87	(GEN 3).....125	<i>paliperidone er</i> .....31
<i>nylia 7/7/7</i>.....87	OMNIPOD DASH INTRO	PANRETIN .....51
<i>nymyo</i> .....87	(GEN 4).....125	<i>pantoprazole sodium</i> .....53
<i>nystatin</i> .....96	OMNIPOD DASH PDM (GEN	<i>paricalcitol</i> .....41
<i>nystatin-triamcinolone</i> .....96	4).....125	<i>paroxetine hcl</i> .....94
<i>nystop</i> .....96	OMNIPOD DASH PODS (GEN	<i>paroxetine hcl er</i>.....94
NYVEPRIA.....146	4).....125	PAXLOVID (150/100).....100
O	ONAPGO .....27	PAXLOVID (300/100 &
OBSTETRIX DHA .....147	<i>ondansetron</i> .....25	150/100).....100
OCREVUS .....44	<i>ondansetron hcl</i> .....25	PAXLOVID (300/100).....100
OCREVUS ZUNOVO .....44	ONTRUZANT.....12	<i>pazopanib hcl</i>.....12
<i>octreotide acetate</i> .....58	ONUREG .....12	PC UNIFINE PENTIPS .....125
ODEFSEY .....99	OPDIVO .....12	PEDIARIX .....66
ODOMZO .....11	OPDIVO QVANTIG.....12	PEDVAX HIB .....66

peg 3350-kcl-na bicarb-nacl ..54
peg-3350/electrolytes54
 PEGASYS101
 PEMAZYRE12
pemetrexed disodium.....12
 PEMETREXED DISODIUM 12
 PEMRYDI RTU12
 PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP
125
 PEN NEEDLES.....125
 PENBRAYA66
penicillamine76
penicillin g potassium.....82
penicillin g procaine.....82
penicillin v potassium.....82
 PENMENVY66
 PENTACEL66
pentamidine isethionate.....26
 PENTIPS125, 126
 PENTIPS GENERIC PEN
 NEEDLES126
pentoxifylline er.....145
perampanel.....90
perindopril erbumine.....39
periogard.....49
permethrin52
perphenazine31
perphenazine-amitriptyline94
 PERSERIS.....31
phenelzine sulfate94
phenobarbital90
phenytek.....90
phenytoin90
phenytoin sodium.....90
phenytoin sodium extended90
 PIFELTRO99
pilocarpine hcl.....49, 68
pimecrolimus51
pimozide31
pimtreea87
pindolol.....34
pioglitazone hcl20

pioglitazone hcl-metformin hcl
20
 PIP PEN NEEDLES 31G X
 5MM.....126
 PIP PEN NEEDLES 32G X
 4MM.....126
piperacillin sod-tazobactam so
82
 PIQRAY (200 MG DAILY
 DOSE)12
 PIQRAY (250 MG DAILY
 DOSE)12
 PIQRAY (300 MG DAILY
 DOSE)12
pirfenidone.....46
pirmella 1/3587
pirmella 7/7/787
pitavastatin calcium38
 PLEGRIDY45
 PLEGRIDY STARTER PACK
45
plenamine33
 PNV 27-CA/FE/FA147
 PNV TABS 29-1147
 PNV-DHA+DOCUSATE ...147
 PNV-OMEGA147
podofilox.....51
polycin70
polymyxin b-trimethoprim70
 POMALYST13
portia-28.....87
posaconazole96
potassium chloride143
potassium chloride crys er ...143
potassium chloride er143
potassium citrate er143
pramipexole dihydrochloride .27
prasugrel hcl.....145
pravastatin sodium38
praziquantel.....26
prazosin hcl33

PRECISION SUREDose
 PLUS SYR.....126
 PRECISION SURE-DOSE
 SYRINGE126
prednisolone57
prednisolone acetate.....71
prednisolone sodium phosphate
57
prednisone57
 PREFERRED PLUS INSULIN
 SYRINGE126
 PREFERRED PLUS UNIFINE
 PENTIPS126
pregabalin.....91
 PREHEVBRI066
 PREMARIN57
 PREMPHASE.....57
 PREMPRO57
 PRENA 1 TRUE.....147
 PRENAISSANCE147
 PRENAISSANCE PLUS.....147
 PRENATABS FA.....147
 PRENATAL148
 PRENATAL 19148
 PRENATAL PLUS IRON...148
 PRENATAL-U148
 PREPLUS148
 PRETAB.....148
prevalite38
 PREVENT DROPSAFE PEN
 NEEDLES126
 PREVENT SAFETY PEN
 NEEDLES127
previfem87
 PREVYMIS.....100
 PREZCOBIX99
 PREZISTA99
 PRIFTIN96
 PRIMAQUINE PHOSPHATE
26
primidone.....91
 PRIORIX66

PRO COMFORT ALCOHOL	127
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	127
PRO COMFORT PEN NEEDLES	127
<i>probenecid</i>	23
PROCALAMINE	33
<i>prochlorperazine</i>	25
<i>prochlorperazine edisylate</i>	25, 31
<i>prochlorperazine maleate</i>	25
PROCRT	146
PROCTOFOAM HC	51
<i>procto-med hc</i>	51
<i>proctosol hc</i>	51
<i>proctozone-hc</i>	51
PRODIGY INSULIN SYRINGE.....	127
<i>progesterone</i>	59
PROGRAF	62, 63
PROLIA	41
<i>promethazine hcl</i>	25
<i>promethegan</i>	25
<i>propafenone hcl</i>	34
<i>propafenone hcl er</i>	34
<i>propranolol hcl</i>	34
<i>propranolol hcl er</i>	34
<i>propylthiouracil</i>	56
PROQUAD	66
PROSOL	33
<i>protriptyline hcl</i>	94
PULMOZYME	146
PURE COMFORT ALCOHOL PREP	127
PURE COMFORT PEN NEEDLE	127
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	127, 128
PX SHORTLENGTH PEN NEEDLES	128
<i>pyrazinamide</i>	96

<i>pyridostigmine bromide</i>	72
<i>pyrimethamine</i>	26
Q	
QC ALCOHOL	128
QC ALCOHOL SWABS.....	128
QC BORDER ISLAND GAUZE	128
QINLOCK	13
QUADRACEL	66, 67
<i>quetiapine fumarate</i>	31
<i>quetiapine fumarate er</i>	31
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	128
<i>quinapril hcl</i>	40
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	40
<i>quinidine sulfate</i>	34
<i>quinine sulfate</i>	26
QULIPTA	24
R	
RA ALCOHOL SWABS.....	128
<i>ra clotrimazole</i>	96
RA INSULIN SYRINGE	128
<i>ra isopropyl alcohol wipes</i> ...	128
RA PEN NEEDLES	129
RA STERILE	129
RABAVERT	67
<i>rabeprazole sodium</i>	53
RALDESY	94
<i>raloxifene hcl</i>	57
<i>ramelteon</i>	42
<i>ramipril</i>	40
<i>ranolazine er</i>	35, 36
<i>rasagiline mesylate</i>	27
RAYA SURE PEN NEEDLE	129
RAYALDEE	41
REALITY INSULIN SYRINGE	129
REALITY SWABS	129
<i>reclipsen</i>	87
RECOMBIVAX HB	67
RELENZA DISKHALER	100

RELION ALCOHOL SWABS	129
RELION INSULIN SYRINGE	129
RELI-ON INSULIN SYRINGE	129
RELION MINI PEN NEEDLES	129
RELION PEN NEEDLES	129
RENACIDIN	147
<i>repaglinide</i>	20
REPATHA	38
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	38
REPATHA SURECLICK	38
RESTORE CONTACT LAYER	129
RETACRIT	146
RETEVMO	13
RETROVIR	99
REVUFORJ	13
REXULTI	31
REYATAZ	99
REZLIDHIA	13
REZUROCK	63
RHOPRESSA	68
RIABNI	13
<i>ribavirin</i>	101
<i>rifabutin</i>	97
<i>rifampin</i>	97
<i>riluzole</i>	45
RINVOQ	63
RINVOQ LQ	63
<i>risperidone</i>	31
<i>risperidone microspheres er</i> ...	31
<i>ritonavir</i>	99
RITUXAN HYCELA	13
<i>rivaroxaban</i>	144
<i>rivastigmine</i>	19
<i>rivastigmine tartrate</i>	19
<i>rizatriptan benzoate</i>	24
ROCKLATAN	68

<i>roflumilast</i>	46	<i>selegiline hcl</i>	27	<i>sorine</i>	34
ROMVIMZA.....	13	<i>selenium sulfide</i>	52	<i>sotalol hcl</i>	34
<i>ropinirole hcl</i>	27	SELZENTRY	99	<i>sotalol hcl (af)</i>	34
<i>ropinirole hcl er</i>	27	SEMGLEE (YFGN).....	22	SPIRIVA RESPIMAT	48
<i>rosadan</i>	52	SE-NATAL 19	148	<i>spironolactone</i>	39
<i>rosuvastatin calcium</i>	38	SEREVENT DISKUS	48	<i>spironolactone-hctz</i>	39
ROTARIX.....	67	SEROSTIM	58	SPRAVATO (56 MG DOSE)	94
ROTATEQ.....	67	<i>sertraline hcl</i>	94	SPRAVATO (84 MG DOSE)	94
ROZLYTREK	13	<i>setlakin</i>	87	<i>sprintec 28</i>	87
RUBRACA.....	13	<i>sevelamer carbonate</i>	54	SPRITAM.....	91
<i>rufinamide</i>	91	<i>sevelamer hcl</i>	54	<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i> ..	54
RUKOBIA.....	99	SEZABY	91	<i>sronyx</i>	87
RUXIENCE.....	13	<i>sf 5000 plus</i>	49	<i>ssd</i>	52
RYBELSUS	20	<i>sharobel</i>	87	<i>stavudine</i>	99
RYBELSUS (FORMULATION		SHINGRIX.....	67	STELARA	63
R2).....	20	SIGNIFOR.....	59	STERILE	130
RYBREVANT	13	<i>sildenafil citrate</i>	73	STERILE GAUZE.....	130
RYDAPT.....	13	<i>silver sulfadiazine</i>	52	STIOLTO RESPIMAT.....	48
RYKINDO	31	SIMBRINZA.....	68	STIVARGA	13
RYTELO	13	<i>simliya</i>	87	STOBOCLO	41
S		<i>simvastatin</i>	38	STRENSIQ	146
<i>sacubitril-valsartan</i>	36	<i>sirolimus</i>	63	<i>streptomycin sulfate</i>	77
SAFETY INSULIN SYRINGES		SIRTURO.....	97	STRIBILD	99
.....	129, 130	SKYLA.....	87	STRIVERDI RESPIMAT	48
SAFETY PEN NEEDLES ...	130	SKYRIZI	63	<i>subvenite</i>	91
SANDIMMUNE	63	SKYRIZI (150 MG DOSE)....	63	<i>sucalfate</i>	53
SANTYL	51	SKYRIZI PEN.....	63	<i>sulfacetamide sodium</i>	70
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	146	SM ALCOHOL PREP.....	130	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	70
SAVELLA.....	45	SM GAUZE.....	130	<i>sulfadiazine</i>	82
SAVELLA TITRATION PACK		<i>sodium chloride</i>	143, 147	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	
.....	45	<i>sodium fluoride</i>	49	.....	82
SB ALCOHOL PREP	130	SODIUM FLUORIDE 5000		<i>sulfasalazine</i>	41
SB INSULIN SYRINGE.....	130	SENSITIVE.....	49	<i>sulindac</i>	74
SCEMBLIX.....	13	<i>sodium oxybate</i>	42	<i>sumatriptan</i>	24
<i>scopolamine</i>	25	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	54	<i>sumatriptan succinate</i>	24
SECUADO	31	<i>solifenacin succinate</i>	55	<i>sumatriptan succinate refill</i>	24
SECURESAFE INSULIN		SOLQUA	23	<i>sunitinib malate</i>	14
SYRINGE.....	130	SOLTAMOX.....	13	SUNLENCA.....	99
SECURESAFE SAFETY PEN		SOLU-MEDROL (PF)	57	SURE COMFORT ALCOHOL	
NEEDLES	130	SOMATULINE DEPOT	59	PREP.....	130
SELARSDI.....	63	SOMAVERT	59	SURE COMFORT INSULIN	
SELECT-OB	148	<i>sorafenib tosylate</i>	13	SYRINGE.....	130, 131

SURE COMFORT PEN	TEFLARO	80	<i>tizanidine hcl</i>	147
NEEDLES	<i>telmisartan</i>	36	TOBI PODHALER	77
SURE-JECT INSULIN	<i>telmisartan-hctz</i>	36	<i>tobramycin</i>	70, 77
SYRINGE	<i>temazepam</i>	18	<i>tobramycin pak</i>	77
SURE-PREP ALCOHOL PREP	TENIVAC	67	<i>tobramycin sulfate</i>	77
.....	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	99	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	70
SURGICAL GAUZE SPONGE	TEPMETKO	14	TODAYS HEALTH PEN	
.....	<i>terazosin hcl</i>	55	NEEDLES	132
SUTAB	<i>terbinafine hcl</i>	96	TODAYS HEALTH SHORT	
SYMPAZAN	<i>terconazole</i>	77	PEN NEEDLE	132
SYMTUZA	TERIPARATIDE	41	<i>tolterodine tartrate</i>	55
SYNJARDY	TERUMO INSULIN SYRINGE		<i>tolterodine tartrate er</i>	55
SYNJARDY XR .....	.....	132	TOPCARE CLICKFINE PEN	
SYNRIBO	<i>testosterone</i>	56	NEEDLES	132
T	<i>testosterone cypionate</i>	56	TOPCARE ULTRA	
TABLOID	<i>testosterone enanthate</i>	56	COMFORT INS SYR	132
TABRECTA	<i>tetrabenazine</i>	45	<i>topiramate</i>	91
<i>tacrolimus</i>	<i>tetracycline hcl</i>	83	<i>topiramate er</i>	91
<i>tadalafil</i>	TEVIMBRA	14	<i>toposar</i>	14
TAFINLAR	THALOMID	73	<i>toremifene citrate</i>	14
<i>tafluprost (pf)</i>	<i>theophylline</i>	48	<i>torpenz</i>	14
TAGRISSO	<i>theophylline er</i>	48	<i>torse mide</i>	39
TALVEY	THERAGAUZE	132	TOUJEO MAX SOLOSTAR	23
TALZENNA	<i>thioridazine hcl</i>	31	TOUJEO SOLOSTAR	23
<i>tamoxifen citrate</i>	<i>thiothixene</i>	31	TRADJENTA	20
<i>tamsulosin hcl</i>	<i>tiadylt er</i>	35	<i>tramadol hcl</i>	76
<i>tarina 24 fe</i>	<i>tiagabine hcl</i>	91	TRAMADOL HCL	76
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	TIBSOVO	14	<i>tramadol-acetaminophen</i>	76
TARON-C DHA	<i>ticagrelor</i>	145	<i>trandolapril</i>	40
TARON-PREX	TICE BCG	14	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	40
TASIGNA	TICOVAC	67	<i>tranexamic acid</i>	144
TAVNEOS	TIGECYCLINE	83	<i>tranylcypromine sulfate</i>	94
<i>tazarotene</i>	TIGLUTIK	45	<i>travoprost (bak free)</i>	69
<i>tazicef</i>	<i>tilia fe</i>	87	TRAZIMERA	14
TAZICEF	<i>timolol hemihydrate</i>	69	<i>trazodone hcl</i>	94
<i>taztia xt</i>	<i>timolol maleate</i>	34, 69	TRECATOR	97
TAZVERIK	<i>tinidazole</i>	26	TRELEGY ELLIPTA	49
TDVAX	<i>tiotropium bromide</i>		TRELSTAR MIXJECT	14
TECHLITE INSULIN	<i>monohydrate</i>	49	TREMFYA	63, 64
SYRINGE	TIVDAK	14	TREMFYA CROHNS	
TECHLITE PEN NEEDLES	TIVICAY	99	INDUCTION	63
TECVAYLI	TIVICAY PD	99	TREMFYA ONE-PRESS	64

TREMFYA PEN	64	TRUE COMFORT INSULIN		ULTIGUARD SAFEPAK	
TRESIBA	23	SYRINGE.....	133	PEN NEEDLE	137
TRESIBA FLEXTOUCH	23	TRUE COMFORT PEN		ULTIGUARD SAFEPAK	
<i>tretinoin</i>	14, 52	NEEDLES	133	SYR/NEEDLE.....	137
<i>tri femynor</i>	87	TRUE COMFORT PRO		ULTILET ALCOHOL SWABS	
<i>triamcinolone acetonide</i> ..	49, 51, 58	ALCOHOL PREP	133	.....	137
<i>triamterene-hctz</i>	39	TRUE COMFORT PRO		ULTILET INSULIN SYRINGE	
<i>triazolam</i>	18	INSULIN SYR	133, 134	.....	137, 138
<i>tridacaine ii</i>	76	TRUE COMFORT PRO PEN		ULTILET INSULIN SYRINGE	
<i>trientine hcl</i>	77	NEEDLES	134	SHORT	138
<i>tri-estarylla</i>	87	TRUEPLUS 5-BEVEL PEN		ULTILET PEN NEEDLE....	138
<i>trifluoperazine hcl</i>	32	NEEDLES	134	ULTRA COMFORT INSULIN	
<i>trifluridine</i>	70	TRUEPLUS INSULIN		SYRINGE.....	138
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	27	SYRINGE.....	134, 135	ULTRA FLO INSULIN PEN	
TRIJARDY XR.....	20, 21	TRUEPLUS PEN NEEDLES		NEEDLES	138, 139
<i>tri-legest fe</i>	87	.....	135	ULTRA FLO INSULIN SYR	
<i>tri-linyah</i>	87	TRULICITY	21	1/2 UNIT	139
<i>tri-lo-estarylla</i>	87	TRUMENBA.....	67	ULTRA FLO INSULIN	
<i>tri-lo-marzia</i>	87	TRUQAP.....	14, 15	SYRINGE.....	139
<i>tri-lo-mili</i>	87	TRUXIMA	15	ULTRA THIN PEN NEEDLES	
<i>tri-lo-sprintec</i>	87	TUKYSA.....	15	.....	139
<i>trimethobenzamide hcl</i>	25	TURALIO	15	ULTRACARE INSULIN	
<i>trimethoprim</i>	78	<i>turqoz</i>	88	SYRINGE.....	140
<i>tri-mili</i>	87	TWINRIX.....	67	ULTRACARE PEN NEEDLES	
<i>trimipramine maleate</i>	94	TYBOST	73	.....	140
TRINTELLIX.....	94	TYENNE	64	ULTRA-COMFORT INSULIN	
<i>tri-nymyo</i>	87	TYMLOS.....	41	SYRINGE.....	140
<i>tri-previfem</i>	88	TYPHIM VI	67	ULTRA-THIN II INS SYR	
<i>tri-sprintec</i>	88	U		SHORT	140
TRIUMEQ.....	99	UBRELVY	24	ULTRA-THIN II INSULIN	
TRIUMEQ PD.....	99	ULTICARE INSULIN		SYRINGE.....	141
TRIVEEN-DUO DHA	148	SAFETY SYR	135	ULTRA-THIN II MINI PEN	
<i>trivora (28)</i>	88	ULTICARE INSULIN		NEEDLE.....	141
<i>tri-vylibra</i>	88	SYRINGE.....	135, 136	ULTRA-THIN II PEN	
<i>tri-vylibra lo</i>	88	ULTICARE MICRO PEN		NEEDLE SHORT	141
TRIZIVIR.....	99	NEEDLES	136	ULTRA-THIN II PEN	
TROGARZO	99	ULTICARE MINI PEN		NEEDLES	141
<i>tropium chloride</i>	55	NEEDLES	136	UNIFINE OTC PEN NEEDLES	
<i>tropium chloride er</i>	55	ULTICARE PEN NEEDLES		.....	141
TRUE COMFORT ALCOHOL		.....	136	UNIFINE PEN NEEDLES...	141
PREP PADS	133	ULTICARE SHORT PEN		UNIFINE PENTIPS	141
		NEEDLES	136, 137	UNIFINE PENTIPS PLUS..	141

UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	141	VENCLEXTA STARTING PACK	15	VORANIGO	15
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	141	<i>venlafaxine hcl</i>	94	<i>voriconazole</i>	96
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	142	<i>venlafaxine hcl er</i>	94	VOSEVI	100
UPTRAVI.....	73	VEOZAH.....	73	VOWST	73
UPTRAVI TITRATION	73	<i>verapamil hcl</i>	35	VP INSULIN SYRINGE.....	143
<i>ursodiol</i>	54	<i>verapamil hcl er</i>	35	VP-PNV-DHA.....	148
URSODIOL.....	54	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	142	VRAYLAR.....	32
UZEDY	32	VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	142	VUMERITY	45
V		VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	142	VYALEV.....	27
<i>valacyclovir hcl</i>	101	VERQUVO	36	<i>vylibra</i>	88
VALCHLOR	51	VERSACLOZ	32	VYLOY	15
<i>valganciclovir hcl</i>	101	VERZENIO	15	VYZULTA	69
<i>valproate sodium</i>	91	V-GO 20	142	W	
<i>valproic acid</i>	91	V-GO 30	143	<i>warfarin sodium</i>	145
<i>valsartan</i>	36	V-GO 40	143	WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE.....	143
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	36	<i>vienna</i>	88	WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS.....	143
VALTOCO 10 MG DOSE.....	91	<i>vigabatrin</i>	91, 92	WELIREG	15
VALTOCO 15 MG DOSE.....	91	<i>vigadrone</i>	92	WINREVAIR	46
VALTOCO 20 MG DOSE.....	91	<i>vigpoder</i>	92	<i>wixela inhub</i>	47
VALTOCO 5 MG DOSE.....	91	<i>vilazodone hcl</i>	95	X	
<i>valtya 1/50</i>	88	VIMKUNYA.....	68	XALKORI	15, 16
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE.....	142	<i>vinorelbine tartrate</i>	15	<i>xarah fe</i>	88
<i>vancomycin hcl</i>	79	<i>viocele</i>	88	XARELTO	145
VANCOMYCIN HCL	78, 79	VIRACEPT	99	XARELTO STARTER PACK	145
<i>vancomycin hcl in dextrose</i>	78	VIREAD.....	100	XATMEP.....	16
VANFLYTA	15	VIRT-C DHA	148	XCOPRI	92
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE.....	142	VIRT-NATE DHA	148	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	92
VAQTA.....	67	VIRT-PN DHA.....	148	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	92
<i>varenicline tartrate</i>	18	VIRT-PN PLUS	148	XDEMVY.....	70
<i>varenicline tartrate (starter)</i> ..	17	VITAFOL GUMMIES	148	XELJANZ.....	64
VARIVAX	67	VITAFOL-OB+DHA	148	XELJANZ XR	64
VAXCHORA	67	VITRAKVI.....	15	XERMELO.....	54
VEGZELMA	15	VIVIMUSTA.....	15	XGEVA	42
VELTASSA	54	VIVOTIF	68	XIFAXAN	79
VEMLIDY	99	VIZIMPRO.....	15	XIGDUO XR.....	21
VENCLEXTA	15	VOCABRIA	100	XIIDRA	71
		<i>volnea</i>	88	XOFLUZA (40 MG DOSE).100	
		VONJO	15		

XOFLUZA (80 MG DOSE). 101	YESINTEK .....64	<i>ziprasidone hcl</i>.....32
XOLAIR.....46	YF-VAX.....68	<i>ziprasidone mesylate</i> .....32
XOSPATA .....16	YONSA .....16	ZIRABEV.....16
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....16	YUFLYMA (1 PEN).....64	ZIRGAN .....70
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....16	YUFLYMA (2 SYRINGE) ....64	ZOLADEX .....16
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....16	YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER .....64	ZOLINZA.....16
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....16	<i>yuvafem</i>.....57	<i>zolpidem tartrate</i> .....42
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....16	Z	<i>zolpidem tartrate er</i> .....42
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....16	<i>zafemy</i>.....88	ZONISADE .....92
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....16	<i>zafirlukast</i> .....47	<i>zonisamide</i> .....92
XTANDI.....16	<i>zaleplon</i> .....42	<i>zovia 1/35 (28)</i> .....88
<i>xulane</i> .....88	ZATEAN-PN DHA.....148	<i>zovia 1/35e (28)</i> .....88
XULTOPHY .....23	ZATEAN-PN PLUS.....148	ZTALMY .....92
XYOSTED .....56	ZEGALOGUE.....73	ZTLIDO.....76
Y	ZEJULA .....16	ZURZUVAE.....95
YERVOY .....16	ZELBORAF .....16	ZYDELIG.....16
	<i>zenatane</i>.....51	ZYKADIA.....17
	ZENPEP .....146	ZYLET .....70
	ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD .....143	ZYNLONTA .....17
	<i>zidovudine</i>.....100	ZYNYZ.....17
	ZIIHERA .....16	ZYPREXA RELPREVV .....32

Disclaimers

English

American Health Advantage of Texas, offered by American Health Plan of TX, Inc., is a Health Maintenance Organization Institutional Special Needs Plan (HMO I-SNP) with a Medicare contract. Enrollment in American Health Advantage of Texas depends on contract renewal. American Health Advantage of Texas complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

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 1-855-521-0628 (TTY/TDD:1-833-312-0046). 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 1-855-521-0628 (TTY/TDD:1-833-312-0046). 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 1-855-521-0628 (TTY/TDD:1-833-312-0046)。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 1-855-521-0628 (TTY/TDD:1-833-312-0046)。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 pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-521-0628 (TTY/TDD:1-833-312-0046). 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 1-855-521-0628 (TTY/TDD:1-833-312-0046). 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 1-855-521-0628 (TTY/TDD:1-833-312-0046) 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 Arzneimittelman. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-521-0628 (TTY/TDD:1-833-312-0046). 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 1-855-521-0628 (TTY/TDD:1-833-312-0046) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-521-0628 (TTY/TDD:1-833-312-0046). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: لأننا نقدم خدمات الترجمة الفورية لم ج لي نال حلة عن أي لطفك تتلقى قبل الص حة أو جدول الأ ل دي ظ ين الم ل ح ص ول ف ي ن ت م ر ج ف و ر ي ، ب م ن ا ع ت ك . ل ي س ف ي ك س و ي ا ل ه ص ا ل ب ن ا ف ي 1-855-521-0628 (TTY/TDD: 1-833-312-0046) . س ي ق و م ش خ ص م ل ي ت ح د ث ا ل ع ر ب ية . م ذ ه خ د مة م ج ل ية .

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 1-855-521-0628 (TTY/TDD:1-833-312-0046) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। हम 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 1-855-521-0628 (TTY/TDD:1-833-312-0046). Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: 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 1-855-521-0628 (TTY/TDD:1-833-312-0046). 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 1-855-521-0628 (TTY/TDD:1-833-312-0046). 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 1-855-521-0628 (TTY/TDD:1-833-312-0046). 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、1-855-521-0628 (TTY/TDD:1-833-312-0046) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Este formulario se actualizó el 09/08/2025. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de American Health Advantage of Texas (HMO I-SNP) al 855-521-0628 o, para TTY/TDD: 1-833-312-0046, el horario de atención: del 1 de octubre al 31 de marzo es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana; Del 1 de abril al 30 de septiembre son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, o visite tx.amhealthplans.com.