Formularios 2026
Lista de medicamentos cubiertos o "Lista de medicamentos"

PLAN DE SALUD VERDA DE TEXAS

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



VERDA
HEALTH PLAN OF TEXAS

ID de envío del archivo de formulario aprobado por HPMS: Versión 00026391 18 Aprobado 10/20/2026. Este formulario se actualizó el 11/01/2026. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con Servicio al Miembrot 1-866-705-4182 (TTY Los usuarios deben llamar a 711), 7 días a la semana / 8am – 8pm PST, o visite www.verdahptx.com

Verda Noble Care HMO (H5163-001)
Verda Noble Chronic Care HMO C-SNP (H5163-002)
Fort Bend, Harris, and Montgomery County

Verda Noble Care HMO (H5163-003)
Verda Noble Care Chronic Care HMO C-SNP (H5163-004)
Dallas County, Collin County

Verda Health Plan of Texas is an HMO with a Medicare contract. Enrollment in Verda Health Plan of Texas depends on contract renewal.

Plan de Salud Verda de Texas
2026 Formulario
Lista de medicamentos cubiertos o "Lista de medicamentos"

Nota para los miembros existentes: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contenga los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (formulario) se refiere a "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Verda Health Plan of Texas. Cuando se refiere a "plan" o "nuestro plan", significa Verda Noble Care (HMO) 001, Verda Noble Chronic Care (HMO C-SNP) 002, Verda Noble Care (HMO) 003 o Verda Noble Care Chronic Care HMO C-SNP) 004.

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que está actualizada al **11/01/2026** 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 las páginas frontal y posterior de la portada.

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 2026 y de vez en cuando durante el año.

¿Cuál es el formulario de Verda Health Plan of Texas?

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 Verda Health Plan of Texas en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Verda Health Plan of Texas generalmente cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de Verda Health Plan 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 podemos agregar o eliminar medicamentos en el formulario durante el año, moverlos a diferentes niveles de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: www.verdahptx.com.

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

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos con una cierta versión nueva de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o más bajo y con las mismas o menos restricciones en el mismo nivel de costo compartido o más bajo. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario,

podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.

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

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le avisemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato, pero luego 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 continuar cubriendo para usted el medicamento que se está cambiando. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario de Verda Health Plan 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 la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) 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.** Podemos realizar 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 o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambos. Podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. Alternativamente, cuando un miembro solicita un resurtido 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 continúen 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 Verda Health Plan of Texas?"

***Cambios que no lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento*.** Por lo general, si está tomando un medicamento en nuestro formulario de 2026 que estaba cubierto a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2026, 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. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios lo afectarían, y es importante consultar el formulario para el nuevo año de beneficios para conocer si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado al **11/01/2026.** Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Verda Health Plan of Texas, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de portada y contraportada. Si se realizan cambios significativos en la lista impresa de medicamentos dentro del año cubierto, es posible que se le notifique por correo identificando los cambios. Las listas de medicamentos que se encuentran en nuestro sitio web se revisan y actualizan mensualmente. Puede visitar www.verdahptx.com para obtener actualizaciones e información adicional.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Dolencia

El formulario comienza en la página 3. Los medicamentos en este formulario se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se usan. 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 1. Luego, busque en el nombre de la categoría 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. Vaya a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Verda Health Plan of Texas cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos funcionan tan bien y generalmente cuestan menos que los medicamentos de marca. Hay sustitutos genéricos de medicamentos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

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

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituir el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.
Para obtener información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 5*,* Sección 3.1, "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 adicionales o límites de cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

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

- ***Límites de cantidad*:** Para ciertos medicamentos, Verda Health Plan of Texas limita la cantidad del medicamento que cubrirá Verda Health Plan of Texas. Por ejemplo, Verda Health Plan of Texas proporciona 30 tabletas por receta de donepezilo para 30 días. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de un mes o tres meses.

- ***Terapia escalonada*:** En algunos casos, Verda Health Plan 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 Verda Health Plan of Texas no cubra el

medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, Verda Health Plan of Texas cubrirá el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales consultando el formulario que comienza en la página 3. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos 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 portada y contraportada.

Puede pedirle a Verda Health Plan of Texas que haga una excepción a estas restricciones o límites o que le dé una lista de otros medicamentos similares que pueden tratar su condición de salud. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario de Verda Health Plan of Texas?" en la página 4 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

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

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

- Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que están cubiertos por Verda Health Plan of Texas. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Verda Health Plan of Texas.
- Puede pedirle a Verda Health Plan 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 Verda Health Plan of Texas?

Puede pedirle a Verda Health Plan 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 solicitarnos que renunciemos a una restricción de cobertura que incluya autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad en su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Verda Health Plan of Texas limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que renunciemos al límite y cubramos una cantidad mayor.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que debe pagar por su medicamento.

Por lo general, Verda Health Plan of Texas solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o la aplicación de la restricción no serían tan efectivos para usted y/o le causarían efectos adversos.

Usted o su médico deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción de nivel o formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. ***Cuando solicite una excepción, su médico deberá explicarle 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 gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas para 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 en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O puede estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario pero tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con su médico sobre la posibilidad de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de 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 es miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar 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 por 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 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.

Los miembros actuales que necesitan un surtido de emergencia por única vez o a los que se les receta un medicamento fuera del formulario como resultado de un cambio en el nivel de atención serán colocados en transición y permitiremos un suministro único de 31 días (a menos que la receta esté escrita por menos días). Si es admitido o readmitido en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o tiene una

limitación, será elegible para recibir un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras busca una excepción a la lista de medicamentos o una autorización previa.

Para más información

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

Si tiene preguntas sobre Verda Health Plan 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 portada y contraportada.

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

Formulario de Verda Health Plan of Texas

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

La primera columna de la tabla enumera el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben con mayúscula (p. ej., FARXIGA) y los medicamentos genéricos se enumeran en cursiva minúscula (p. ej., *atorvastatina*).

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

Copago/Coseguro después del deducible de $300.00 (No se aplica al Nivel 1 Nivel 2 Nivel 6)

	Verda Noble Care (HMO) 001	Verda Noble Chronic Care (HMO C-SNP) 002	Verda Noble Care (HMO) 003	Verda Noble Chronic Care (HMO C-SNP) 004
Nivel (Leyenda)	**Costos compartidos estándar dentro de la red minorista (Suministro de hasta 30 días)**			
Tier 1 Genéricos preferidos	$0	$0	$0	$0
Tier 2 – Genéricos	$0	$0	$0	$0
Tier 3 - Medicamentos de marca preferidos	$35	$30	$40	$35
Tier 4 - Medicamentos no preferidos	30%	28%	30%	28%
Tier 5 - Medicamentos especializados	29%	29%	29%	29%
Tier 6 - Seleccionar medicamentos para el cuidado	$0	$0	$0	$0

No pagará más del 25% del costo total de la insulina o $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido. Las vacunas de la Parte D recomendadas por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) están disponibles a un costo compartido de $0.

Copago/Coseguro después del deducible de $300.00 (No se aplica al Nivel 1 Nivel 2 Nivel 6)

	Verda Noble Care (HMO) 001	**Verda Noble Chronic Care (HMO C-SNP) 002**	**Verda Noble Care (HMO) 003**	**Verda Noble Chronic Care (HMO C-SNP) 004**
Nivel (Leyenda)	**Costos compartidos estándar de venta minorista dentro de la red y pedidos por correo (hasta un suministro de *90* días)**			
Tier 1 Genéricos preferidos	$0	$0	$0	$0
Tier 2 – Genéricos	$0	$0	$0	$0
Tier 3 - Medicamentos de marca preferidos	$105 tienda $70 correo	$90 tienda $60 correo	$120 tienda $80 correo	$105 tienda $70 correo
Tier 4 - Medicamentos no preferidos	No disponible: limitado a un suministro de 30 días por surtido de recetas			
Tier 5 - Medicamentos especializados	No disponible: limitado a un suministro de 30 días por surtido de recetas			
Tier 6 - Seleccionar medicamentos para el cuidado	$0	$0	$0	$0

No pagará más del 25% del costo del medicamento o $70 por un suministro de hasta 2 meses o $105 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido. Las vacunas de la Parte D recomendadas por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) están disponibles a un costo compartido de $0.

Símbolos y abreviaturas:

- **EX** - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un plan de medicamentos recetados de Medicare. La cantidad que paga cuando surte una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que paga no lo ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus recetas, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.
- **CB** - Límite de beneficios limitado (este medicamento tiene una cantidad límite específica por mes y no permite el reabastecimiento anticipado).
- **LA** - Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705 de 8 a. m. a 8 p. m. PST, de lunes a viernes, o visite www.verdahptx.com. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en las páginas de introducción de este documento. Última actualización del formulario: **11/01/2026**

- **HI** - Este medicamento recetado puede estar cubierto por nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-888-807-5705, de 8 a. m. a 8 p. m. PST, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, los siete días de la semana o visitar www.verdahptx.com.
- **PA NSO** - Autorización previa (solo para nuevos comienzos): usted (o su médico) debe obtener una autorización previa antes de surtir su receta para este medicamento, a menos que sea un usuario anterior del medicamento. Si tiene antecedentes de uso de este medicamento, no necesitará autorización previa.
- **PA** - Se aplica autorización previa: usted (o su médico) debe obtener una autorización previa antes de surtir su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.
- **PA BvD** - Autorización previa (Parte B vs. Parte D): este medicamento recetado puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias. Es posible que sea necesario presentar información que describa el uso y el entorno del medicamento para tomar la determinación.
- **QL** - Límite de cantidad: una forma de administración de utilización (UM) que especifica limitaciones de cantidad o restricciones en recetas a lo largo del tiempo. Las limitaciones de cantidad pueden adoptar varias formas, siendo las más típicas las restricciones diarias y mensuales sobre la emisión o reemisión de una receta.
- **ST** - Terapia escalonada: antes de que Verda Health Plan of Texas brinde cobertura para este medicamento, primero debe probar otro medicamento para tratar su afección médica. Es posible que este medicamento solo esté cubierto si los otros medicamentos no funcionan para usted.
- **NDS** - Suministro de días no extendidos.
- **NM -** Medicamento que no es de pedido por correo: este medicamento no está disponible por correo
- **PA-HRM -** Autorización previa (medicamentos de alto riesgo): CMS ha considerado que este medicamento es potencialmente dañino y, por lo tanto, un medicamento de alto riesgo para los beneficiarios de Medicare de 65 años o más. Sin autorización previa, es posible que este medicamento no esté cubierto.
- **AGE (Max x Years) -** Límite de edad: limita el uso de medicamentos según la edad.
- **PA NSO-HRM -** Autorización previa (solo para nuevos comienzos - medicamentos de alto riesgo): si es un miembro nuevo, usted (o su médico) debe obtener una autorización previa antes de surtir su receta para este medicamento. Los CMS han considerado que este medicamento es potencialmente dañino y, por lo tanto, un medicamento de alto riesgo para los beneficiarios de Medicare de 65 años o más. Sin autorización previa, es posible que este medicamento no esté cubierto.

Abreviatura de la forma de dosificación	Definición
8 hr	8 hour
12 hr or 12h	12 hour
24 hr or 24hr	24 hour
72 hr	72 hour
act	activated

Abreviatura de la forma de dosificación	Definición
admix	admixture
aero	aerosol
admin	administration
ampul	ampule
app	applicator

Abreviatura de la forma de dosificación	Definición
appl	applicator
auto	automatic
cap	capsule
chew	chewable
CT	count
comb	combo
del	delayed
delayed	delayed
disinteg	disintegrating
disintegrat	disintegrating
dose	dosage
DR	delayed release
EC	Enteric-Coated
emolnt	emollient
ENFit	enteral feed connect
er	extended release
ER	extended release
ext	extended
extnd	extended
extend	extended
gast	gastric
HFA	hydrofluoroalkane
hi	high
IR	immediate release
liqd	liquid
loz	lozenge
lo	low
lozeng	lozenge
mini lozenge	miniature lozenge
misc	miscellaneous
MP	Metered Pump
muco	mucous
pak	packet
pack	packet
PCA	Patient Controlled Administration
pell	pellet
pk	package
Powdr	powder
pt	patient
recon	reconstituted

Abreviatura de la forma de dosificación	Definición
rel or releas	release
soln	solution
sprink	sprinkle
sprinkl	sprinkle
susp	suspension
suspen	suspension
syring	syringe
tab	tablet
TD	transdermal
var	variable
w/	with

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer 3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias 24
Agentes Antiansiedad 25
Agentes Antidemencia 26
Agentes Antidiabetico 27
Agentes Antigota 33
Agentes Antimigraña 33
Agentes Antinausea 34
Agentes Antiparasitarios 35
Agentes Antiparkinson 36
Agentes Antipsicóticos 38
Agentes Calóricos 45
Agentes Cardiovasculares 46
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria 56
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica 57
Agentes De Trastorno De Sueño 58
Agentes Del Sistema Nervioso Central 59
Agentes Del Tracto Respiratorio 62
Agentes Dentales Y Orales 67
Agentes Dermatológicos 68
Agentes Gastrointestinales 72
Agentes Genitourinarios 75
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador 76
Agentes Inmunológicos 81
Agentes Oftálmicos 94
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta 95
Agentes Terapeuticos Misceláneos 100

Agentes Vasodilatadores 101
Analgésicos 102
Anestésicos 106
Antagonistas De Metales Pesados 106
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa) 107
Antibacterianos 107
Anticonceptivos 114
Anticonvulsivos 123
Antidepresivos 129
Antifúngicos 132
Antihistamínicos 134
Antimicobacteriales 134
Antivirales (Sitémico) 135
Cofactores Enzimáticos/Otros 142
Dispositivos 142
Preparaciones De Reemplazo 190
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen 192
Reemplazo/Modificadores De Enzima 195
Relajantes Musculares Esqueléticos 196
Vitaminas Y Minerales 196

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer			
Agentes Anti Cáncer			
abiraterone oral tablet 250 mg	(Abirtega)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
abiraterone oral tablet 500 mg	(Zytiga)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
abiraterone, submicronized oral tablet 125 mg	(Yonsa)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
abirtega oral tablet 250 mg	(abiraterone)	4	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml	(fluorouracil)	4	PA BvD; NDS
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)		5	PA NSO; NM; NDS
anastrozole oral tablet 1 mg	(Arimidex)	1	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML		5	PA NSO; NM; NDS; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (66 per 28 days)
AXTLE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG		5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
azacitidine injection recon soln 100 mg	(Vidaza)	5	NM; NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg	(Treanda)	5	PA NSO; NM; NDS
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	(Bendeka)	5	PA NSO; NM; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	(bendamustine)	5	PA NSO; NM; NDS
BEQALZI ORAL TABLET 1 MG, 20 MG, 5 MG, 80 MG		5	PA NSO; NM; NDS
BEQALZI STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 1-5-20-80 MG		5	PA NSO; NM; NDS
BESREMI PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 500 MCG/0.5 ML		5	PA NSO; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
bexarotene oral capsule 75 mg	(Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS
bexarotene topical gel 1 %	(Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS
bicalutamide oral tablet 50 mg	(Casodex)	l2	
BIZENGRI INTRAVENOUS SOLUTION 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML)		5	PA NSO; NM; NDS; QL (75 per 28 days)
bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit		l2	
bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg		4	PA NSO; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
bortezomib injection recon soln 3.5 mg	(Velcade)	5	PA NSO; NM; NDS
BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA NSO; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	(bosutinib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 500 MG	(bosutinib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
bosutinib oral tablet 100 mg	(Bosulif)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
bosutinib oral tablet 400 mg, 500 mg	(Bosulif)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAMCEVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 42 MG		4	PA NSO; NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	(vandetanib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	(vandetanib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA NSO; NM; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg	5	PA BvD; NM; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml	5	PA BvD; NM; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml (Frindovyx)	5	PA BvD; NM; NDS
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	4	PA BvD; ST; NDS
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	3	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg (Sprycel)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
dasatinib oral tablet 20 mg (Sprycel)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
decitabine intravenous recon soln 50 mg	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
doxorubicin, peg-liposomal (Caelyx) *intravenous suspension 2 mg/ml*	5	PA BvD; NM; NDS
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	4	PA NSO; NDS
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	4	PA NSO; NDS
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	PA NSO; NDS
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	4	PA NSO; NDS
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NM; NDS
EMRELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ENSACOVE ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
erlotinib oral tablet 150 mg		5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG		4	NDS
etoposide intravenous solution 20 mg/ml	(Avopef)	l2	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	(flutamide)	5	NM; NDS
everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg	(Yulithira)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg	(Yulithira)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 5 mg	(Yulithira)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 7.5 mg	(Yulithira)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg	(Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
exemestane oral tablet 25 mg	(Aromasin)	4	NDS
FAKZYNJA ORAL TABLET 200 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG		5	PA BvD; NM; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG		3	PA BvD
floxuridine injection recon soln 0.5 gram		l2	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml	4	PA BvD; NDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml (Cligavyx)	5	NM; NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
gefitinib oral tablet 250 mg (Iressa)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG (afatinib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
hydroxyurea oral capsule 500 mg (Hydrea)	l2	
HYRNUO ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ifosfamide intravenous recon soln 1 gram (Ifex)	4	NDS
ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml	4	NDS
imatinib oral tablet 100 mg (Gleevec)	3	PA NSO; QL (180 per 30 days)
imatinib oral tablet 400 mg (Gleevec)	3	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (280 per 28 days)
INLEXZO INTRAVESICAL IMPLANT 225 MG	5	PA BvD; NM; NDS
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAKAFI XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
JIDEYTRO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	4	PA BvD; ST; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML	5	PA NSO; NM; NDS
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KISQALI 200 MG DAILY DOSE 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (63 per 28 days)
KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (600 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 7.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (390 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
lapatinib oral tablet 250 mg (Tykerb)	5	PA NSO; NM; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg (Revlimid)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)		5	PA NSO; NM; NDS
letrozole oral tablet 2.5 mg	(Femara)	l2	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		5	NM; NDS
leuprolide acetate (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg	(Lutrate Depot (3 month))	4	PA NSO; NDS
leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml		4	PA NSO; NDS
LIFYORLI ORAL CAPSULE 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X2), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9)		5	PA NSO; NM; NDS
lomustine oral capsule 10 mg	(Gleostine)	4	NDS
lomustine oral capsule 100 mg, 40 mg	(Gleostine)	5	NM; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)		5	PA NSO; NM; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
LUNSUMIO VELO SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/ML, 5 MG/0.5 ML	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG (leuprolide acetate (3 month))	4	PA NSO; NDS
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (15 per 8 days)
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (40 per 28 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NM; NDS
megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg	2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml (Purixan)	5	NM; NDS
mercaptopurine oral tablet 50 mg	2	
methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram	2	
methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml	2	
methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml	2	
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	2	PA BvD; ST
mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml	2	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NILOTINIB D-TARTRATE ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
NILOTINIB D-TARTRATE ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg (Tasigna)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
nilotinib hcl oral capsule 50 mg (Tasigna)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
nilutamide oral tablet 150 mg	5	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG-5,000 UNIT/2.5 ML, 600 MG-10,000 UNIT/5 ML		5	PA NSO; NM; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML		5	PA NSO; NM; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg	(Abraxane)	5	PA BvD; NM; NDS
pazopanib oral tablet 200 mg	(Votrient)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
pazopanib oral tablet 400 mg		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg		5	NM; NDS
pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml		5	NM; NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		5	NM; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)		5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)		5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
pomalidomide oral capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Pomalyst)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	(pomalidomide)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RASONQUE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RYBREVANT FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,600 MG-20,000 UNIT/10 ML, 2,240 MG-28,000 UNIT/14 ML, 2,400 MG-30,000 UNIT/15 ML, 3,520 MG-44,000 UNIT/22 ML	5	PA NSO; NM; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	5	PA NSO; NM; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NM; NDS
sorafenib oral tablet 200 mg (Nexavar)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg (Sutent)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	5	NM; NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (900 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg		12	
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG		4	NDS
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
toremifene oral tablet 60 mg	(Fareston)	5	NM; NDS
torpenz oral tablet 10 mg	(everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	(everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		4	PA NSO; NDS
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg		5	NM; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (64 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS
VEPPANU ORAL TABLET 100 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml	4	NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS (bendamustine) SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST; NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (80 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)		5	PA NSO; NM; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	(abiraterone, submicronized)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
yulithira oral tablet 10 mg, 7.5 mg	(everolimus (antineoplastic))	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
yulithira oral tablet 2.5 mg, 5 mg	(everolimus (antineoplastic))	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ZENBEXUS ORAL CAPSULE 0.75 MG, 1 MG		5	PA NSO; NM; NDS
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG		5	PA NSO; NM; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG		4	PA NSO; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG		5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg	4	NDS
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg	4	NDS
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg (Suboxone)	12	
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg	12	
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg	12	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	4	NDS
KLOXXADO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
naloxone injection solution 0.4 mg/ml	12	
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml	12	
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml	4	NDS
naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation (Narcan)	4	NDS; QL (4 per 30 days)
naltrexone oral tablet 50 mg	12	
NICOTROL NS NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/ML	4	NDS; QL (240 per 180 days)
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Chantix)	4	NDS; QL (336 per 365 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)		4	NDS; QL (336 per 365 days)
varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)	(Chantix Starting Month Box)	4	NDS
Agentes Antiansiedad			
Benzodiacepinas			
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	(Xanax)	1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
alprazolam oral tablet 2 mg	(Xanax)	1	NM; NDS; QL (150 per 30 days)
chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg		l2	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	(Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg		l2	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg		l2	QL (300 per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg		l2	QL (180 per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml		l2	QL (10 per 28 days)
diazepam injection syringe 5 mg/ml		4	NDS
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	(diazepam)	l2	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)		l2	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Valium)	1	QL (120 per 30 days)
lorazepam 2 mg/ml oral concent	(Lorazepam Intensol)	l2	NM; NDS; QL (150 per 30 days)
lorazepam 4 mg/ml vial inner	(Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
lorazepam injection solution 2 mg/ml	(Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
lorazepam injection solution 4 mg/ml	(Ativan)	4	NDS; QL (2 per 30 days)
lorazepam injection syringe 2 mg/ml		1	QL (2 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml	(lorazepam)	l2	NM; NDS; QL (150 per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Ativan)	1	NM; NDS; QL (90 per 30 days)
lorazepam oral tablet 2 mg	(Ativan)	1	NM; NDS; QL (150 per 30 days)
temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg	(Restoril)	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
temazepam oral capsule 22.5 mg	(Restoril)	4	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
temazepam oral capsule 7.5 mg	(Restoril)	4	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Antidemencia			
Agentes Antidemencia			
donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg	(Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet 23 mg	(Aricept)	4	NDS; QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg		l2	
donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg		l2	QL (30 per 30 days)
ergoloid oral tablet 1 mg		4	NDS
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg		4	NDS; QL (30 per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml		4	NDS; QL (200 per 30 days)
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg		4	NDS; QL (60 per 30 days)
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg		4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
memantine oral solution 2 mg/ml		4	NDS; QL (300 per 30 days)
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg		l2	QL (60 per 30 days)
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg		4	NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour	(Exelon Patch)	4	NDS; QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico			
Agentes Antidiabeticos, Varios			
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg		l2	
dapagliflozin oral tablet 10 mg, 5 mg	(Farxiga)	l2	QL (30 per 30 days)
dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 10-1,000 mg, 10-500 mg, 5-1,000 mg, 5-500 mg	(Xigduo XR)	l2	
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		3	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	(linagliptin-metformin)	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG		3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG		3	QL (30 per 30 days)
metformin oral solution 500 mg/5 ml	(Riomet)	l2	QL (765 per 30 days)
metformin oral tablet 1,000 mg		6	NM; QL (75 per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg		6	NM; QL (150 per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg		6	NM; QL (90 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg		6	NM; QL (120 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg		6	NM; QL (60 per 30 days)
mifepristone oral tablet 300 mg	(Korlym)	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML		3	PA; QL (2 per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg		6	NM; QL (90 per 30 days)
OZEMPIC ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)		3	PA; QL (3 per 28 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	(Actos)	6	NM; QL (30 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg		6	NM; QL (90 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg	(Actoplus MET)	6	NM; QL (90 per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg		6	NM; QL (120 per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg		6	NM; QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet 50-1,000 mg, 50-500 mg	(Janumet)	l2	QL (60 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 100-1,000 mg	(Janumet XR)	l2	QL (30 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 50-1,000 mg, 50-500 mg	(Janumet XR)	l2	QL (60 per 30 days)
sitagliptin phosphate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Januvia)	l2	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG		3	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG		3	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG		3	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	(linagliptin)	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG		3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG		3	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML		3	PA; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG	(dapagliflozin-metformin)	3	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG		3	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	(dapagliflozin-metformin)	3	QL (60 per 30 days)
Insulinas			
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		6	NM; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)		6	NM; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML)		6	NM; max $35 copay per month supply
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		6	NM; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		6	NM; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)		6	NM; max $35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)	(Novolog Mix 70-30FlexPen U-100)	6	NM; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)	(Novolog Mix 70-30 U-100 Insuln)	6	NM; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml	(Novolog PenFill U-100 Insulin)	6	NM; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)	(Novolog FlexPen U-100 Insulin)	6	NM; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml	(Novolog U-100 Insulin aspart)	6	NM; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)	(Semglee(insulin glarg-yfgn)Pen)	6	NM; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml	(Semglee(insulin glargine-yfgn))	6	NM; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml	(Admelog U-100 Insulin lispro)	6	NM; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine)	6	NM; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine)	6	NM; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)		6	NM; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)		6	NM; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		6	NM; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		6	NM; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		6	NM; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		6	NM; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin aspart u-100)	6	NM; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	(insulin asp prt-insulin aspart)	6	NM; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	(insulin asp prt-insulin aspart)	6	NM; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	(insulin aspart u-100)	6	NM; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin aspart u-100)	6	NM; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML		6	NM; max $35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	6	NM; max $35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	6	NM; max $35 copay per month supply; QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)		6	NM; max $35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas			
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg		6	NM; QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg		6	NM; QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg		6	NM; QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 2.5 mg		6	NM; QL (90 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg		6	NM; QL (240 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg		6	NM; QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg		6	NM; QL (30 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg		6	NM; QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg		6	NM; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg		6	PA-HRM; NM; AGE (Max 64 Years)
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg		6	PA-HRM; NM; AGE (Max 64 Years)
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg		6	PA-HRM; NM; AGE (Max 64 Years)
Agentes Antigota			
Agentes Antigota, Otros			
allopurinol oral tablet 100 mg	(Zyloprim)	1	
allopurinol oral tablet 300 mg		1	
colchicine oral capsule 0.6 mg	(Mitigare)	4	NDS; QL (60 per 30 days)
colchicine oral tablet 0.6 mg	(Colcrys)	4	NDS; QL (120 per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	(Uloric)	l2	QL (30 per 30 days)
probenecid oral tablet 500 mg		4	NDS
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg		l2	
Agentes Antimigraña			
Agentes Antimigraña			
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML		3	PA; QL (1 per 30 days)
dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)	(Migranal)	5	ST; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML		3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML		3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)		3	PA; QL (3 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg		l2	QL (18 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG		3	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
rizatriptan oral tablet 10 mg	(Maxalt)	l2	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet 5 mg		l2	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg	(Maxalt-MLT)	l2	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg		l2	QL (18 per 30 days)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml autoinj suv	(Imitrex STATdose Pen)	4	NDS; QL (4 per 28 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation		4	NDS; QL (12 per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg	(Imitrex)	l2	QL (9 per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg	(Imitrex)	l2	QL (18 per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml	(Imitrex STATdose Pen)	4	NDS; QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml	(Imitrex STATdose Pen)	l2	QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml		4	NDS; QL (5 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		3	PA; QL (16 per 30 days)
Agentes Antinausea			
Agentes Antinausea			
aprepitant oral capsule 125 mg		4	PA BvD; NDS; QL (2 per 28 days)
aprepitant oral capsule 40 mg		4	PA BvD; NDS; QL (1 per 28 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	(Emend)	4	PA BvD; NDS; QL (4 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)	(Emend)	4	PA BvD; NDS
compro rectal suppository 25 mg	(prochlorperazine)	4	NDS
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Marinol)	l2	PA; QL (60 per 30 days)
meclizine oral tablet 12.5 mg		1	
meclizine oral tablet 25 mg	(Dramamine (meclizine))	1	
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg		l2	PA BvD
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg		l2	PA BvD
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)		l2	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	(Compazine)	l2	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	(Compro)	4	NDS
promethazine injection solution 25 mg/ml	(Phenergan)	l2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
promethazine rectal suppository 25 mg	(Promethegan)	4	PA-HRM; NDS; AGE (Max 64 Years)
promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg	(promethazine)	4	PA-HRM; NDS; AGE (Max 64 Years)
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	(Transderm-Scop)	l2	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
Agentes Antiparasitarios			
Agentes Antiparasitarios			
albendazole oral tablet 200 mg		4	NDS
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	(Mepron)	4	NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg	(Malarone)	4	NDS
atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg	(Malarone Pediatric)	4	NDS
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg		4	NDS
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	NDS
hydroxychloroquine oral tablet 100 mg		l2	QL (180 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	(Plaquenil)	l2	QL (90 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 300 mg	(Sovuna)	l2	QL (60 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 400 mg		l2	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
ivermectin oral tablet 3 mg	(Stromectol)	l2	
ivermectin oral tablet 6 mg		l2	
mefloquine oral tablet 250 mg		l2	
nitazoxanide oral tablet 500 mg	(Alinia)	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
pentamidine inhalation recon soln 300 mg	(Nebupent)	4	PA BvD; NDS
pentamidine injection recon soln 300 mg	(Pentam)	4	NDS
praziquantel oral tablet 600 mg		4	NDS
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)		4	NDS
pyrimethamine oral tablet 25 mg	(Daraprim)	5	PA; NM; NDS
quinine sulfate oral capsule 324 mg	(Qualaquin)	4	PA; NDS
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg		4	NDS
Agentes Antiparkinson			
Agentes Antiparkinson			

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
amantadine hcl oral capsule 100 mg	12	
amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml	12	
amantadine hcl oral tablet 100 mg	4	NDS
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	12	
bromocriptine oral tablet 2.5 mg	4	NDS
cabergoline oral tablet 0.5 mg	12	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg (Sinemet)	12	
carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg (Dhivy)	12	
carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg	12	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	12	
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg	4	NDS
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 25-100 mg, 25-250 mg	12	
entacapone oral tablet 200 mg	4	NDS
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML	5	PA; NM; NDS; QL (600 per 30 days)
pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	12	
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Azilect)	12	
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	12	
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg	4	NDS
selegiline hcl oral capsule 5 mg	12	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	12	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg	l2	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (560 per 28 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	5	NM; NDS; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	4	NDS
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg (Abilify)	4	NDS
aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg	l2	ST; QL (90 per 30 days)
aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg	l2	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NM; NDS; QL (3.9 per 14 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NM; NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NM; NDS; QL (3.2 per 14 days)
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Saphris)	l2	QL (60 per 30 days)
BYSANTI ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
BYSANTI TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	4	ST; NDS
BYSANTI TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	4	ST; NDS
BYSANTI TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2MG(2)- 6 MG (2)	4	ST; NDS
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
chlorpromazine injection solution 25 mg/ml	4	NDS
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	4	NDS
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	l2	
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Clozaril)	l2	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	l2	ST; QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	l2	ST; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	l2	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	5	ST; NM; NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NM; NDS; QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML	5	NM; NDS; QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	5	NM; NDS; QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	4	ST; NDS
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	4	ST; NDS
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)	4	ST; NDS
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	4	NDS
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	4	NDS
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	4	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	4	NDS
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	12	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	4	NDS
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	12	
haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml	4	NDS
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	12	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	12	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NM; NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NM; NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NM; NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 per 21 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NM; NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NM; NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NM; NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NM; NDS; QL (2.63 per 70 days)
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	4	NDS
lurasidone oral tablet 120 mg (Latuda)	l2	
lurasidone oral tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg (Latuda)	4	NDS
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
molindone oral tablet 10 mg	4	NDS; QL (240 per 30 days)
molindone oral tablet 25 mg	4	NDS; QL (270 per 30 days)
molindone oral tablet 5 mg	5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
olanzapine intramuscular recon soln 10 mg (Zyprexa)	4	NDS; QL (30 per 30 days)
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg (Zyprexa)	l2	
olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg (Zyprexa Zydis)	4	NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG		5	ST; NM; NDS
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg		2	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg	(Invega)	2	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	(Invega)	2	QL (60 per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg		4	NDS
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG		5	NM; NDS; QL (1 per 30 days)
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg		4	NDS
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel)	2	
quetiapine oral tablet 150 mg		2	
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel XR)	4	NDS
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml	(Risperdal Consta)	4	NDS; QL (2 per 28 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 25 mg/2 ml	(Rykindo)	4	NDS; QL (2 per 28 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml	(Rykindo)	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	(Risperdal)	4	NDS
risperidone oral tablet 0.25 mg		2	
risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Risperdal)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	l2	
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML (risperidone microspheres)	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	l2	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	4	NDS
trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	l2	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	5	NM; NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	5	NM; NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	5	NM; NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	5	NM; NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	5	NM; NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	NM; NDS; QL (0.14 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	NM; NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg (Geodon)	4	NDS
ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.) (Geodon)	4	NDS; QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	4	PA BvD; NDS
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD; NDS
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD; NDS
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %		4	PA BvD; NDS
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution		l2	
Agentes Cardiovasculares			
Agentes Alfa-Adrenérgicos			
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg		1	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr	(Catapres-TTS-1)	4	NDS
clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr	(Catapres-TTS-2)	4	NDS
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr	(Catapres-TTS-3)	4	NDS
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Cardura)	1	
droxidopa oral capsule 100 mg	(Northera)	4	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	(Northera)	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg		l2	
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		4	NDS
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg		l2	
Agentes Antiarritmicos			
amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg	(Pacerone)	l2	
amiodarone oral tablet 400 mg		l2	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	(Tikosyn)	4	NDS
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg		l2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		3	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	(amiodarone)	4	NDS
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg		4	NDS
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg		l2	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg		4	NDS
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos			
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg		l2	
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Tenormin)	1	
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg		l2	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		l2	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg		l2	
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	(Coreg)	1	
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg		l2	
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Toprol XL)	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 50-25 mg		l2	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg	(Lopressor)	1	
metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg		1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Bystolic)	l2	
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	(Inderal LA)	l2	
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg		l2	
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(sotalol)	l2	
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(Sotalol AF)	l2	
sotalol oral tablet 240 mg		l2	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		l2	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio			
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(diltiazem hcl)	l2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg		l2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg	(Tiadylt ER)	l2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(Cartia XT)	l2	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg	(Cardizem)	l2	
diltiazem hcl oral tablet 90 mg		l2	
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	(diltiazem hcl)	l2	
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	(diltiazem hcl)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	(diltiazem hcl)	l2	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg		l2	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg		4	NDS
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg		1	
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg		l2	
Agentes Cardiovasculares, Varios			
ATTRUBY ORAL TABLET 356 MG		5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML		4	NDS; QL (600 per 30 days)
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	(Lanoxin)	l2	
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml	(Auvi-Q)	3	QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml	(EpiPen Jr)	4	NDS; QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml		3	QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml	(Auvi-Q)	4	NDS; QL (4 per 30 days)
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		1	
icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	(Firazyr)	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg	(Corlanor)	3	QL (60 per 30 days)
metyrosine oral capsule 250 mg		5	PA; NM; NDS
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg		4	NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii			
candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	(Atacand)	6	NM
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	(Atacand HCT)	6	NM
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	(sacubitril-valsartan)	3	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG		3	QL (240 per 30 days)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg	(Avapro)	6	NM
irbesartan oral tablet 75 mg		6	NM
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	(Avalide)	6	NM
losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Cozaar)	6	NM
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	(Hyzaar)	6	NM
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Benicar)	6	NM
olmesartan-amlodipin-hcthiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	(Tribenzor)	6	NM
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	(Benicar HCT)	6	NM
sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg	(Entresto)	3	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
telmisartan oral tablet 20 mg		6	NM
telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg	(Micardis)	6	NM
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg	(Micardis HCT)	6	NM
valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg	(Diovan)	6	NM
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	(Diovan HCT)	6	NM
Dihidropiridinas			
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Norvasc)	1	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg	(Lotrel)	6	NM
amlodipine-benazepril oral capsule 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg		6	NM
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	(Azor)	6	NM
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	(Exforge)	6	NM
amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg	(Exforge HCT)	4	NDS
amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 5-160-12.5 mg	(Exforge HCT)	l2	
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		l2	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg	(Procardia XL)	l2	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 90 mg		l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg		l2	
Dislipidémicos			
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg	(Caduet)	6	NM
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	(Caduet)	6	NM; QL (30 per 30 days)
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg		6	NM
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lipitor)	6	NM
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram	(Questran)	4	NDS
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	(cholestyramine)	4	NDS
colesevelam oral powder in packet 3.75 gram	(WelChol)	l2	
colesevelam oral tablet 625 mg	(WelChol)	4	NDS
colestipol oral packet 5 gram		4	NDS
colestipol oral tablet 1 gram	(Colestid)	4	NDS
ezetimibe oral tablet 10 mg	(Zetia)	l2	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg	(Vytorin 10-10)	6	NM; QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg	(Vytorin 10-20)	6	NM; QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg	(Vytorin 10-40)	6	NM; QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg	(Vytorin 10-80)	6	NM; QL (30 per 30 days)
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg		l2	
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg		l2	
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg		l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg		6	NM; QL (60 per 30 days)
fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg	(Lescol XL)	6	NM
gemfibrozil oral tablet 600 mg	(Lopid)	1	
icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram	(Vascepa)	4	NDS; QL (240 per 30 days)
icosapent ethyl oral capsule 1 gram	(Vascepa)	4	NDS; QL (120 per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		6	NM
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG		3	ST; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG		3	ST; QL (30 per 30 days)
niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg		l2	
omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram	(Lovaza)	l2	ST; QL (120 per 30 days)
pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	(Livalo)	4	NDS; QL (30 per 30 days)
pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg		6	NM
prevalite oral powder in packet 4 gram	(cholestyramine)	4	NDS
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML		3	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML		3	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML		3	ST; QL (6 per 28 days)
rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Crestor)	6	NM

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Zocor)	6	NM
simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg		6	NM
Diuréticos			
amiloride oral tablet 5 mg		1	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg		l2	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		l2	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg		l2	
furosemide injection solution 10 mg/ml		1	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)		l2	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lasix)	1	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg		1	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg		1	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	(tolvaptan (polycys kidney dis))	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		l2	
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Aldactone)	1	
spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg		l2	
tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential 15 mg (am)/ 15 mg (pm), 30 mg (am)/ 15 mg (pm), 45 mg (am)/ 15 mg (pm), 60 mg (am)/ 30 mg (pm), 90 mg (am)/ 30 mg (pm)	(Jynarque)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg		1	
triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg		1	
triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg		1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina			
benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Lotensin)	6	NM
benazepril oral tablet 5 mg		6	NM
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Lotensin HCT)	6	NM
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg		6	NM
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		6	NM
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Vasotec)	6	NM
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg	(Vaseretic)	6	NM
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg		6	NM
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		6	NM
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg		6	NM
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	(Zestril)	6	NM
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Zestoretic)	6	NM
moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg		6	NM
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg		6	NM

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg		6	NM
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg		6	NM
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		6	NM
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg		6	NM
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona			
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg	(Tekturna)	4	NDS
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg		4	NDS
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores			
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg		l2	
isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg	(Isordil Titradose)	l2	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg		l2	
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg		1	
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg		l2	
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	(Nitrostat)	l2	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	(Nitro-Dur)	l2	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
alosetron oral tablet 0.5 mg	(Lotronex)	4	NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
alosetron oral tablet 1 mg	(Lotronex)	5	NM; NDS
balsalazide oral capsule 750 mg	(Colazal)	4	NDS
budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg		l2	
budesonide rectal foam 2 mg/actuation	(Uceris)	4	NDS
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml	(Cortenema)	4	NDS
mesalamine oral capsule, extended release 500 mg	(Pentasa)	4	NDS
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	(Apriso)	l2	
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram	(Lialda)	l2	QL (120 per 30 days)
sulfasalazine oral tablet 500 mg	(Azulfidine)	l2	
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	(Azulfidine EN-tabs)	4	NDS
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
alendronate oral solution 70 mg/75 ml		l2	QL (300 per 28 days)
alendronate oral tablet 10 mg		1	QL (30 per 30 days)
alendronate oral tablet 35 mg		1	QL (4 per 28 days)
alendronate oral tablet 70 mg	(Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation		l2	
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg		l2	
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	(Sensipar)	4	NDS; QL (60 per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	(Sensipar)	4	NDS; QL (120 per 30 days)
ibandronate oral tablet 150 mg		l2	QL (1 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)		5	PA; NM; NDS
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg	(Zemplar)	l2	
paricalcitol oral capsule 4 mcg		l2	
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG		5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML		3	QL (1 per 180 days)
teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)	(Bonsity)	5	PA; NM; NDS; QL (2.24 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)		5	PA; NM; NDS; QL (1.56 per 30 days)
Agentes De Trastorno De Sueño			
Agentes De Trastorno De Sueño			
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	(Nuvigil)	3	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG		3	QL (30 per 30 days)
doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg	(Silenor)	4	NDS; QL (30 per 30 days)
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg	(Lunesta)	l2	QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 100 mg	(Provigil)	3	PA; QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	(Provigil)	3	PA; QL (60 per 30 days)
sodium oxybate oral solution 500 mg/ml	(Xyrem)	5	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg		l2	QL (30 per 30 days)
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg	(Ambien)	1	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	4	NDS; QL (60 per 30 days)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	4	NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	5	PA; NM; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cladribine 10 mg x 10 tab pk outer	(Mavenclad (10 tablet pack))	5	PA; NM; NDS
cladribine(multiple sclerosis) oral tablet 10 mg (10 pack), 10 mg (4 pack), 10 mg (5 pack), 10 mg (6 pack), 10 mg (7 pack), 10 mg (8 pack), 10 mg (9 pack)		5	PA; NM; NDS
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg	(Ampyra)	3	PA; QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg	(Adderall XR)	4	NDS; QL (30 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg	(Adderall XR)	4	NDS; QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Adderall)	l2	QL (60 per 30 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg	(Tecfidera)	4	PA; NDS; QL (14 per 7 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)	(Tecfidera)	4	PA; NDS
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg	(Tecfidera)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
fingolimod oral capsule 0.5 mg	(Gilenya)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	(Glatopa)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	(Glatopa)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml	(glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml	(glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Intuniv ER)	l2	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)-80 MG (21)		5	PA; NM; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML		5	PA; NM; NDS; QL (1.2 per 28 days)
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg		1	
lithium carbonate oral tablet 300 mg		1	
lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg	(Lithobid)	l2	
lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg		l2	
lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml		4	NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG		5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)		3	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)		5	PA; NM; NDS
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	(Methylin)	4	NDS; QL (900 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Ritalin)	l2	QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
riluzole oral tablet 50 mg	4	NDS
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg (Xenazine)	4	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
tetrabenazine oral tablet 25 mg (Xenazine)	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	4	PA BvD; NDS
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	5	NM; NDS; QL (560 per 28 days)
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml	3	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
JASCAYD ORAL TABLET 18 MG, 9 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
nintedanib oral capsule 100 mg, 150 mg (Ofev)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
pirfenidone oral capsule 267 mg	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 267 mg (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 534 mg	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 801 mg (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	5	PA BvD; NM; NDS
roflumilast oral tablet 250 mcg (Daliresp)	4	NDS; QL (28 per 28 days)
roflumilast oral tablet 500 mcg (Daliresp)	4	NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)		5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)		5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2)		5	PA; NM; NDS; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG		5	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	(fluticasone propion-salmeterol)	3	QL (12 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	(fluticasone furoate)	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	(fluticasone furoate-vilanterol)	3	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE		3	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	(budesonide-formoterol)	l2	QL (30.9 per 30 days)
budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml	(Pulmicort)	4	PA BvD; NDS; QL (120 per 30 days)
budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	(Breyna)	l2	QL (30.6 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation		l2	QL (12 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation		l2	QL (24 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation		l2	QL (21.2 per 30 days)
fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	(Wixela Inhub)	l2	QL (60 per 30 days)
wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	(fluticasone propion-salmeterol)	l2	QL (60 per 30 days)
Antileucotrinos			
montelukast oral tablet 10 mg	(Singulair)	1	
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	(Singulair)	l2	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg		l2	
Broncodilatadores			
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION		3	QL (32.1 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	(Ventolin HFA)	l2	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)		l2	QL (13.4 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)	l2	QL (36 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml	l2	PA BvD
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (umeclidinium-vilanterol)	3	QL (60 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG 160-18-4.8 MCG/ACTUATION	3	QL (23.6 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	3	QL (23.6 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-18-4.8 MCG/ACTUATION, 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	3	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	3	QL (8 per 30 days)
ipratropium bromide inhalation hfa aerosol inhaler 17 mcg/actuation (Atrovent HFA)	4	NDS; QL (25.8 per 28 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	l2	PA BvD
ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml	l2	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION		3	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION		3	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION		3	QL (4 per 28 days)
theophylline oral solution 80 mg/15 ml		4	NDS
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg		l2	
theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg		l2	
tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg	(Spiriva with HandiHaler)	4	NDS; QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG		3	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales			
Agentes Dentales Y Orales			
cevimeline oral capsule 30 mg	(Evoxac)	l2	
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	(Periogard)	1	
denta 5000 plus dental cream 1.1 %	(fluoride (sodium))	1	
dentagel dental gel 1.1 %	(fluoride (sodium))	1	
fluoride (sodium) dental gel 1.1 %	(DentaGel)	1	
fluoride (sodium) dental solution 0.2 %	(PreviDent)	1	
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	(chlorhexidine gluconate)	1	
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg	(Salagen (pilocarpine))	4	NDS
pilocarpine hcl oral tablet 7.5 mg	(Salagen (pilocarpine))	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sf 5000 plus dental cream 1.1 %	(fluoride (sodium))	1	
sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %	(Denta 5000 Plus Sensitive)	1	
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	(Kourzeq)	l2	
Agentes Dermatológicos			
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos			
ala-cort topical cream 1 %	(hydrocortisone)	l2	
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %		4	NDS
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %		l2	
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %		4	NDS
betamethasone valerate topical cream 0.1 %		l2	
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %		l2	
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %		l2	
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %		l2	
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %		4	NDS
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %		4	NDS
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	(Diprolene (augmented))	4	NDS
clobetasol scalp solution 0.05 %		4	NDS
clobetasol topical cream 0.05 %		4	NDS
clobetasol topical gel 0.05 %		l2	
clobetasol topical lotion 0.05 %		l2	
clobetasol topical ointment 0.05 %		4	NDS
clobetasol topical shampoo 0.05 %	(Clodan)	4	NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %		4	NDS
clobetasol-emollient topical foam 0.05 %	(Tovet Emollient)	l2	
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %		3	
fluocinolone topical cream 0.01 %		4	NDS
fluocinolone topical cream 0.025 %	(Synalar)	4	NDS
fluocinolone topical ointment 0.025 %	(Synalar)	4	NDS
fluocinonide topical cream 0.05 %		4	NDS
fluocinonide topical gel 0.05 %		4	NDS
fluocinonide topical ointment 0.05 %		4	NDS
fluocinonide topical solution 0.05 %		4	NDS
fluticasone propionate topical cream 0.05 %		l2	
halobetasol propionate topical cream 0.05 %		4	NDS
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %		4	NDS
hydrocortisone 2.5% cream		l2	
hydrocortisone topical cream 1 %	(Ala-Cort)	l2	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Procto-Med HC)	l2	
hydrocortisone topical lotion 2.5 %		l2	
hydrocortisone topical ointment 1 %	(Anti-Itch (HC))	1	
hydrocortisone topical ointment 2.5 %		1	
hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %		4	NDS
mometasone topical cream 0.1 %		l2	
mometasone topical ointment 0.1 %		l2	
mometasone topical solution 0.1 %		l2	
pimecrolimus topical cream 1 %		l2	QL (100 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	l2	
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	l2	
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	l2	
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %		4	NDS; QL (100 per 30 days)
triamcinol ac (pf) in 0.9%nacl injection suspension 40 mg/ml		l2	
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %		1	
triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %	(Triderm)	1	
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %		l2	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %		l2	
Agentes Dermatológicos, Otros			
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg		4	NDS
acyclovir topical ointment 5 %	(Zovirax)	l2	QL (30 per 30 days)
ammonium lactate topical cream 12 %		l2	
ammonium lactate topical lotion 12 %	(AmLactin)	l2	
calcipotriene scalp solution 0.005 %	(Pellix)	4	NDS; QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical cream 0.005 %		4	NDS; QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical ointment 0.005 %		4	NDS; QL (120 per 30 days)
fluorouracil topical cream 5 %	(Efudex)	4	NDS
fluorouracil topical solution 2 %		4	NDS
fluorouracil topical solution 5 %		l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
imiquimod topical cream in packet 5 %		l2	QL (24 per 30 days)
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %		5	ST; NM; NDS; QL (5 per 5 days)
methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg		5	NM; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %		5	NM; NDS; QL (60 per 28 days)
podofilox topical solution 0.5 %		4	NDS
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM		4	NDS; QL (180 per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %		5	PA NSO; NM; NDS
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(isotretinoin)	4	NDS
Antibacterianos Dermatológicos			
clindamycin phosphate topical solution 1 %		l2	QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 %	(Clindacin ETZ)	l2	
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %		l2	
erythromycin with ethanol topical solution 2 %		l2	
gentamicin topical cream 0.1 %		l2	QL (90 per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %		l2	QL (120 per 30 days)
metronidazole topical cream 0.75 %	(Rosadan)	4	NDS
metronidazole topical gel 0.75 %	(Rosadan)	4	NDS
metronidazole topical gel 1 %		l2	
mupirocin topical ointment 2 %	(Centany)	1	QL (220 per 30 days)
rosadan topical cream 0.75 %	(metronidazole)	4	NDS
selenium sulfide topical lotion 2.5 %		l2	
silver sulfadiazine topical cream 1 %	(SSD)	l2	
ssd topical cream 1 %	(silver sulfadiazine)	4	NDS
Escabicidas Y Pediculicidas			

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
malathion topical lotion 0.5 %	(Ovide)	l2	
permethrin topical cream 5 %		l2	QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos			
adapalene topical cream 0.1 %		l2	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %		4	PA; NDS
tazarotene topical cream 0.1 %	(Tazorac)	4	NDS
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	(Retin-A)	4	PA; NDS
Agentes Gastrointestinales			
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos			
amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg		l2	
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml		l2	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg	(Acid Reducer (esomeprazole))	l2	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	(Nexium)	l2	
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg	(Nexium Packet)	l2	ST; QL (30 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg	(Nexium Packet)	l2	ST; QL (60 per 30 days)
famotidine oral tablet 20 mg	(Acid Controller)	1	
famotidine oral tablet 40 mg	(Pepcid)	1	
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg	(Acid Reducer (lansoprazole))	l2	QL (30 per 30 days)
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	(Prevacid)	l2	QL (60 per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	(Cytotec)	l2	
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg		1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg	(Protonix)	1	
rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	(AcipHex)	l2	
sucralfate oral tablet 1 gram	(Carafate)	l2	
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		4	PA; NDS
Agentes Gastrointestinales, Otros			
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	(Carbaglu)	5	PA; NM; NDS
constulose oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	l2	
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	(Gastrocrom)	4	NDS
dicyclomine oral capsule 10 mg		l2	
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml		4	NDS
dicyclomine oral tablet 20 mg		l2	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	(Lomotil)	l2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
enulose oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	l2	
generlac oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	l2	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg	(Robinul)	l2	
glycopyrrolate oral tablet 2 mg	(Robinul Forte)	l2	
kionex oral suspension 15 gram/60 ml	(sodium polystyrene sulfonate)	4	NDS
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	(Constulose)	l2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		3	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM		3	
loperamide oral capsule 2 mg	(Anti-Diarrheal (loperamide))	l2	
lubiprostone oral capsule 24 mcg		l2	QL (60 per 30 days)
lubiprostone oral capsule 8 mcg	(Amitiza)	l2	QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml		l2	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days)
sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram		4	NDS
sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gram/60 ml	(Kionex)	4	NDS
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml		4	NDS
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG		3	QL (30 per 30 days)
ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg	(Reltone)	5	NM; NDS
ursodiol oral capsule 300 mg		3	
ursodiol oral tablet 250 mg		3	
ursodiol oral tablet 500 mg	(URSO Forte)	3	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM		3	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato			
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg		l2	
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg		l2	
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram	(Renvela)	4	NDS
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	(Renvela)	4	NDS
sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg		4	NDS
Laxantes			

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram	(peg 3350-electrolytes)	l2	
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(peg 3350-electrolytes)	l2	
gavilyte-n oral recon soln 420 gram	(peg-electrolyte soln)	l2	
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(GaviLyte-G)	l2	
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	(GaviLyte-N)	l2	
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram	(Suprep Bowel Prep Kit)	4	NDS
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)		4	NDS
Agentes Genitourinarios			
Agentes Genitourinarios, Varios			
alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg	(Uroxatral)	l2	QL (30 per 30 days)
dutasteride oral capsule 0.5 mg	(Avodart)	l2	
finasteride oral tablet 5 mg	(Proscar)	1	
tamsulosin oral capsule 0.4 mg		1	
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg		1	
Antiespasmódicos, Urinario			
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg		l2	
fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg	(Toviaz)	l2	
fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 8 mg	(Toviaz)	4	NDS
flavoxate oral tablet 100 mg		4	NDS
mirabegron oral tablet extended release 24 hr 25 mg, 50 mg	(Myrbetriq)	l2	
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml		l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg		l2	
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg		l2	
solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg	(Vesicare)	l2	
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg		4	NDS
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg		4	NDS
trospium oral tablet 20 mg		l2	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador			
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos			
levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	(Levo-T)	1	
liomny oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	(liothyronine)	l2	
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	(Liomny)	l2	
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg		1	
propylthiouracil oral tablet 50 mg		l2	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; NM; NDS
Andrógenos			
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg		4	NDS
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml	(Depo-Testosterone)	l2	PA
testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)		l2	PA
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml		l2	PA; QL (5 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	(Vogelxo)	l2	PA; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	(AndroGel)	l2	PA; QL (150 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)		l2	PA; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)	(Vogelxo)	l2	PA; QL (300 per 30 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos			
abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg	(estradiol-norethindrone acet)	1	
abigale oral tablet 1-0.5 mg	(estradiol-norethindrone acet)	4	PA-HRM; NDS; AGE (Max 64 Years)
conjugated estrogens oral tablet 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg	(Premarin)	l2	
dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	(estradiol)	4	NDS; QL (8 per 28 days)
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		1	
estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	(Dotti)	4	NDS; QL (8 per 28 days)
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	(Climara)	4	NDS; QL (4 per 28 days)
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)	(Estrace)	l2	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	(Yuvafem)	l2	QL (18 per 28 days)
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg	(Abigale Lo)	4	PA-HRM; NDS; AGE (Max 64 Years)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg	(Abigale)	4	PA-HRM; NDS; AGE (Max 64 Years)
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	(estradiol-norethindrone acet)	4	PA-HRM; NDS; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM		3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)		3	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		3	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
raloxifene oral tablet 60 mg	(Evista)	l2	
yuvafem vaginal tablet 10 mcg	(estradiol)	l2	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides			
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml		l2	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg		l2	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml		1	
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg		l2	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Cortef)	l2	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml	(Depo-Medrol)	l2	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	(Medrol)	l2	
methylprednisolone oral tablet 32 mg		l2	
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg	(Medrol (Pak))	1	
prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)		l2	PA BvD
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml		l2	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	4	PA BvD; NDS
prednisone oral solution 5 mg/5 ml	4	PA BvD; NDS
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	1	PA BvD
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)	l2	
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml (Kenalog)	l2	
Pituitario		
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)	4	NDS
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	4	NDS
desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg (DDAVP)	l2	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NM; NDS
lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml (Somatuline Depot)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)		5	PA; NM; NDS
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml		5	NM; NDS
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml	(Sandostatin)	l2	
octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml		l2	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		5	PA NSO; NM; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG		5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG		5	PA; NM; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)		5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	(lanreotide)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	(lanreotide)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; NM; NDS
Progestinas			
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML		3	QL (0.65 per 84 days)
gallifrey oral tablet 5 mg	(norethindrone acetate)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	(Depo-Provera)	l2	
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	(Depo-Provera)	l2	
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Provera)	1	
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)		4	PA-HRM; NDS; AGE (Max 64 Years)
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	(Gallifrey)	l2	
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	(Prometrium)	l2	
Agentes Inmunológicos			
Agentes Inmunológicos			
adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml	(Yuflyma(CF) Autoinjector)	5	PA; NM; NDS
adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml	(adalimumab-aaty(CF) AI Crohns)	5	PA; NM; NDS
adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml	(Yuflyma(CF))	5	PA; NM; NDS
adalimumab-aaty(cf) ai crohns subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml	(adalimumab-aaty)	5	PA; NM; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG		5	PA; NM; NDS
azathioprine oral tablet 50 mg	(Imuran)	l2	PA BvD
azathioprine sodium injection recon soln 100 mg		l2	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML		5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML		5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	5	PA; NM; NDS
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	5	PA; NM; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 200 MG/ML, 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	5	PA; NM; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml (Sandimmune)	4	PA BvD; NDS
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg (Gengraf)	4	PA BvD; NDS
cyclosporine modified oral capsule 50 mg	4	PA BvD; NDS
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml (Neoral)	4	PA BvD; NDS
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg (Sandimmune)	4	PA BvD; NDS
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab-adbm)	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	(adalimumab-adbm)	5	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	(adalimumab-adbm)	5	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	(adalimumab-adbm)	5	PA; NM; NDS
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML		5	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML		5	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)		5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)		5	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)		5	PA; NM; NDS
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg	(Zortress)	4	PA BvD; NDS
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	(Zortress)	5	PA BvD; NM; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)		5	PA BvD; NM; NDS
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg	(cyclosporine modified)	4	PA BvD; NDS
gengraf oral solution 100 mg/ml	(cyclosporine modified)	4	PA BvD; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	5	PA; NM; NDS
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML (adalimumab-bwwd)	5	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
infliximab intravenous recon soln 100 mg	(Remicade)	5	PA; NM; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML		5	PA; NM; NDS
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	(Arava)	l2	
mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg	(CellCept Intravenous)	4	PA BvD; NDS
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	(CellCept)	4	PA BvD; NDS
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml	(CellCept)	5	PA BvD; NM; NDS
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	(CellCept)	4	PA BvD; NDS
mycophenolate sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg	(Myfortic)	l2	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML, 50 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG		5	PA BvD; NM; NDS
OMLYCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG		5	PA; NM; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML		5	PA; NM; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML		5	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG		5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	5	PA; NM; NDS
OTEZLA XR INITIATION ORAL TABLET AND TABLET ER DOSE PACK 10-20-30-75 MG	5	PA; NM; NDS
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 75 MG	5	PA; NM; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS (tacrolimus) SOLUTION 5 MG/ML	4	PA BvD; NDS
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD; NDS
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	4	ST; NDS
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NM; NDS
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NM; NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	3	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aekn) SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aekn) SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; NM; NDS
sirolimus oral solution 1 mg/ml	4	PA BvD; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		4	PA BvD; NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML		5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 55 MG/0.37 ML		5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)		5	PA; NM; NDS
tacrolimus intravenous solution 5 mg/ml	(Prograf)	4	PA BvD; NDS
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	(Prograf)	4	PA BvD; NDS
tacrolimus oral capsule,extended release 24hr 0.5 mg, 1 mg	(Astagraf XL)	4	PA BvD; NDS
tacrolimus oral capsule,extended release 24hr 5 mg	(Astagraf XL)	5	PA BvD; NM; NDS
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
tofacitinib oral solution 1 mg/ml	(Xeljanz)	5	PA; NM; NDS
tofacitinib oral tablet 10 mg, 5 mg	(Xeljanz)	5	PA; NM; NDS
tofacitinib oral tablet extended release 24 hr 11 mg, 22 mg	(Xeljanz XR)	5	PA; NM; NDS
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)		5	PA; NM; NDS
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML		5	PA; NM; NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML		5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
ustekinumab-aauz subcutaneous syringe 45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml (Otulfi)	3	PA
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NM; NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NM; NDS
Vacunas		

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA BvD; $0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	3	PA BvD; $0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; $0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	3	$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	3	$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	3	$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	3	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; $0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	3	PA BvD; $0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	3	$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	3	$0 copay

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	3	$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	3	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	3	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	$0 copay

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML	3	$0 copay
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10-5 MCG	3	$0 copay
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	3	
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2-3.3CCID50/0.5ML	3	$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3-3.99 TCID50/0.5	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	3	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	3	PA BvD; $0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; $0 copay

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; $0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	3	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	3	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	3	$0 copay; QL (2 per 365 days)
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	3	$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	3	$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	3	$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	3	$0 copay
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	3	$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (typhoid vi polysacch vaccine)	3	$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	3	$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	3	$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	3	$0 copay
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	3	$0 copay
VIMKUNYA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	3	$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT	3	$0 copay
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML	3	$0 copay
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	4	NDS
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	2	
acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg	2	
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 % (Alphagan P)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %		l2	
brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %	(Combigan)	l2	
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Azopt)	4	NDS
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %		l2	
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %		l2	
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml	(Cosopt)	l2	
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %	(Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %		l2	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	(bimatoprost)	3	QL (2.5 per 25 days)
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg		l2	
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %		l2	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %		3	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %		3	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %		3	
timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %		1	
timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Betimol)	1	
travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %	(Travatan Z)	l2	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %		4	NDS; QL (5 per 30 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta			

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
acetic acid otic (ear) solution 2 %	12	
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram	4	NDS
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	12	
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	12	
ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	4	NDS; QL (7.5 per 7 days)
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	12	QL (3.5 per 4 days)
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	12	
hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %	4	NDS
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 % (Vigamox)	12	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4	NDS
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	12	
neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	12	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % (Maxitrol)	12	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %	12	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml	12	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%		4	NDS
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%		4	NDS
neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	(neomycin-bacitracin-poly-hc)	l2	
neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	(neomycin-bacitracin-polymyxin)	l2	
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Ocuflox)	l2	
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %		l2	
polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	(bacitracin-polymyxin b)	l2	
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml		1	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %		l2	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %		4	NDS
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)		l2	
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %		1	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %		4	NDS
tobramycin-lotepred ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.5 %	(Zylet)	l2	
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %		l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %		5	PA; NM; NDS; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %		4	NDS
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta			
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %	(Prolensa)	4	NDS
cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %	(Restasis)	4	NDS; QL (60 per 30 days)
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %		l2	
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %		l2	
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	(Durezol)	l2	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %		3	QL (8.3 per 14 days)
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)		l2	QL (50 per 25 days)
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %	(DermOtic Oil)	4	NDS
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	(FML Liquifilm)	4	NDS
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %		l2	
fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation	(24 Hour Allergy Relief)	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %		3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %		3	QL (5.6 per 14 days)
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Acular)	l2	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %		3	QL (3.5 per 14 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %		3	QL (5 per 16 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %	(Lotemax)	2	QL (10 per 14 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %		4	ST; NDS
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %		2	QL (15 per 19 days)
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	(Allergy Nasal (mometasone))	2	QL (34 per 30 days)
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Pred Forte)	4	NDS
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %		3	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios			
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %		2	
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)		2	QL (60 per 30 days)
azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)	(Astepro Allergy)	2	QL (30 per 25 days)
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %		2	
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %		2	
epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %		2	
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)		2	QL (30 per 28 days)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)		2	QL (15 per 10 days)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %		3	QL (12 per 28 days)
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	2	
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	(Advanced Eye Relief (olopatad))	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
BAQSIMI NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION		3	
betaine oral powder 1 gram/scoop	(Cystadane)	5	PA; NM; NDS
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg		1	
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	(Proglycem)	5	NM; NDS
glucagon emergency kit (human) injection recon soln 1 mg		3	
glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram	(Endari)	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML		3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML		3	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML		3	
hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg		l2	
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg		1	
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		l2	
mesna oral tablet 400 mg	(Mesnex)	5	NM; NDS
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	(Rectiv)	4	NDS; QL (30 per 30 days)
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	(Mestinon)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		3	QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG		4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL		5	PA; NM; NDS; QL (12 per 30 days)
Agentes Vasodilatadores			
Agentes Vasodilatadores			
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
alyq oral tablet 20 mg	(tadalafil (pulm. hypertension))	l2	PA; QL (60 per 30 days)
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	(Tracleer)	5	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
macitentan oral tablet 10 mg	(Opsumit)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	(Revatio)	3	PA; QL (360 per 30 days)
sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Viagra)	l2	EX; CB (6 EA per 30 days)
tadalafil oral tablet 2.5 mg		4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
tadalafil oral tablet 5 mg	(Cialis)	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 100 MCG		5	PA; NM; NDS; QL (480 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UPTRAVI ORAL TABLET 150 MCG		5	PA; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG		5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)		5	PA; NM; NDS
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 106 MCG, 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG		5	PA; NM; NDS
Analgésicos			
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos			
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg	(Celebrex)	l2	QL (60 per 30 days)
diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %	(Flector)	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg		l2	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg		l2	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg		l2	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 50 mg		l2	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 75 mg		l2	QL (60 per 30 days)
diclofenac sodium topical drops 1.5 %		4	NDS; QL (300 per 30 days)
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)		5	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg	(Arthrotec 50)	4	NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg	(Arthrotec 75)	4	NDS
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg		4	NDS
etodolac oral tablet 400 mg	(Lodine)	l2	
etodolac oral tablet 500 mg		l2	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	(Lurbiro)	l2	
ibu oral tablet 400 mg	(ibuprofen)	1	QL (240 per 30 days)
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg	(ibuprofen)	1	
ibuprofen oral tablet 400 mg	(IBU)	1	QL (240 per 30 days)
ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg	(IBU)	1	
indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg		l2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
ketorolac oral tablet 10 mg		l2	PA-HRM; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg		1	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg		l2	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg		1	
naproxen oral tablet 500 mg	(Naprosyn)	1	
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	(EC-Naprosyn)	l2	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg		l2	
Analgésicos, Varios			
acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5 ml cup inner 300 mg-30 mg /12.5 ml		1	NM; NDS; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml		1	NM; NDS; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg		l2	NM; NDS; QL (360 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg		l2	NM; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour	(Butrans)	4	NM; NDS; QL (4 per 28 days)
butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg		4	PA-HRM; NM; NDS; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg	(Fioricet)	l2	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg		l2	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg		l2	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
endocet oral tablet 10-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	l2	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	l2	NM; NDS; QL (360 per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	l2	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg		5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg		4	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr		4	NM; NDS; QL (10 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml		4	NM; NDS; QL (2700 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg		l2	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg		l2	NM; NDS; QL (240 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Dilaudid)	l2	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg		l2	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
methadone oral tablet 5 mg		l2	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)		l2	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
morphine oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml)		l2	NM; NDS; QL (700 per 30 days)
morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)		l2	NM; NDS; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG		4	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG		4	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg		l2	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg	(MS Contin)	l2	NM; NDS; QL (90 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 60 mg	(MS Contin)	l2	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
oxycodone oral capsule 5 mg		l2	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg		l2	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg	(Roxicodone)	l2	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
oxycodone oral tablet 20 mg		l2	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	(Endocet)	l2	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg	(Endocet)	4	NM; NDS; QL (360 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	(Endocet)	l2	NM; NDS; QL (360 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	(Endocet)	l2	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
tramadol oral tablet 50 mg		1	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg		l2	NM; NDS; QL (300 per 30 days)
Anestésicos			
Anestesia Local			
dermacinrx lidocan 5% patch outer	(lidocaine)	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %	(lidocaine hcl)	l2	QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %	(Glydo)	l2	QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %		l2	
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	(DermacinRx Lidocan)	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
lidocaine topical ointment 5 %		4	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %		l2	PA; QL (30 per 30 days)
lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %	(lidocaine)	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
tridacaine iii topical adhesive patch,medicated 5 %	(lidocaine)	4	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %		3	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados			
Antagonistas De Metales Pesados			
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu Sprinkle)	5	PA; NM; NDS
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu)	3	PA

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
penicillamine oral tablet 250 mg	(Depen Titratabs)	5	PA; NM; NDS
trientine oral capsule 250 mg	(Syprine)	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	(Cleocin)	12	
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	(Vandazole)	12	
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %		12	
terconazole vaginal suppository 80 mg		12	
Antibacterianos			
Aminoglicósidos			
amikacin injection solution 500 mg/2 ml		4	NDS
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML		5	PA; NM; NDS; QL (235.2 per 28 days)
gentamicin injection solution 40 mg/ml		12	
gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml		12	
neomycin oral tablet 500 mg		12	
streptomycin intramuscular recon soln 1 gram		5	NM; NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG		5	NM; NDS; QL (224 per 28 days)
tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml	(Tobi)	5	PA BvD; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml		4	NDS
Antibacteriales, Misceláneos			
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	(Cleocin HCl)	l2	
clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)		4	NDS
clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml	(Cleocin)	4	NDS
colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg	(Coly-Mycin M Parenteral)	5	NM; NDS
daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg		5	NM; NDS
fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram		4	NDS
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	(Zyvox)	4	NDS
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	(Zyvox)	5	NM; NDS
linezolid oral tablet 600 mg		4	NDS
methenamine hippurate oral tablet 1 gram		4	NDS
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	(Metro I.V.)	l2	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg		1	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg		l2	QL (120 per 30 days)
nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg	(Macrobid)	l2	QL (60 per 30 days)
trimethoprim oral tablet 100 mg		l2	
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg		4	NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
vancomycin oral capsule 125 mg	(Vancocin)	4	NDS; QL (56 per 14 days)
vancomycin oral capsule 250 mg	(Vancocin)	4	NDS; QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		3	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos			
aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram		4	NDS
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML		5	PA; NM; LA; NDS
ertapenem injection recon soln 1 gram		4	NDS
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg		4	NDS
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg	(Primaxin IV)	4	NDS
meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg		3	
meropenem intravenous recon soln 2 gram		4	NDS
Cefalosporinas			
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg		4	NDS
cefadroxil oral capsule 500 mg		l2	
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml		4	NDS
cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg		4	NDS
cefazolin intravenous recon soln 10 gram		4	NDS
cefdinir oral capsule 300 mg		l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml		2	
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram		4	NDS
cefixime oral capsule 400 mg		2	
cefixime oral tablet 400 mg		2	
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram		4	NDS
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg		2	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
ceftaroline fosamil intravenous recon soln 400 mg, 600 mg	(Teflaro)	5	NM; NDS
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram	(Tazicef)	4	NDS
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg		4	NDS
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg		2	
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg		2	
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram		4	NDS
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg		1	
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml		2	
tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram	(ceftazidime)	4	NDS
Macrólidos			
azithromycin intravenous recon soln 500 mg		4	NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml		l2	
azithromycin oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml	(Zithromax)	l2	
azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg		1	
azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	(Zithromax)	1	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml		4	NDS
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg		l2	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml	(E.E.S. Granules)	l2	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml	(EryPed 400)	l2	
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg		l2	
fidaxomicin oral tablet 200 mg	(Dificid)	5	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
Penicilinas			
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg		1	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml		1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg		1	
amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg		l2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml		l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml	(Augmentin)	4	NDS
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml	(Augmentin ES-600)	l2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg		l2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg	(Augmentin)	l2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet,chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg		l2	
ampicillin oral capsule 500 mg		l2	
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg		4	NDS
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram	(Unasyn)	4	NDS
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML		4	NDS
dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg		l2	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT		4	NDS
LENTOCILIN S (WITH LIDOCAINE) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT-1.5 %		4	NDS
nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram		4	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit (Pfizerpen-G)	4	NDS
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	l2	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram	4	NDS
Quinolonas		
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg (Cipro)	1	
ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	l2	
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	l2	
levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml	l2	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, p/f, inner	4	NDS
moxifloxacin oral tablet 400 mg	4	NDS
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml	4	NDS
Sulfonamidas		
sulfadiazine oral tablet 500 mg	4	NDS
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml (Sulfatrim)	l2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg (Bactrim)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg	(Bactrim DS)	1	
Tetraciclinas			
demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg		l2	
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	(doxycycline hyclate)	4	NDS
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	(Doxy-100)	4	NDS
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg		l2	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	(Morgidox)	l2	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		l2	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg	(Mondoxyne NL)	l2	
doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg		l2	
doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml		4	NDS
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg	(Avidoxy)	l2	
doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg		l2	
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg		l2	
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg		l2	
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	(Tygacil)	4	NDS
Anticonceptivos			
Anticonceptivos			
afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	l2	
alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		l2	
amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	l2	
aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	
aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	
aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	l2	
blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
camila oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	l2	
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	l2	
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	l2	
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		l2	
deblitane oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Azurette (28))	l2	
dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	l2	
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	l2	QL (1 per 28 days)
emzahh oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	l2	QL (1 per 28 days)
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	l2	
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	l2	
errin oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg	(Kelnor 1/35 (28))	l2	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg	(Valtya)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(EluRyng)	l2	QL (1 per 28 days)
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	l2	QL (1 per 28 days)
heather oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	QL (91 per 84 days)
incassia oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	QL (91 per 84 days)
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	l2	
jencycla oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	4	NDS; QL (91 per 84 days)
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	l2	
junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	l2	
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	l2	
kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	l2	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		4	NDS
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	l2	
levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)	(Balcoltra)	4	NDS
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Afirmelle)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg	(Altavera (28))	l2	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)	(Amethyst (28))	l2	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Iclevia)	l2	QL (91 per 84 days)
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Enpresse)	l2	
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG		3	
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	l2	
luizza oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	
lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
lyleq oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
lyza oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
meleya oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	
microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	l2	
microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
mili oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG		4	NDS
MIUDELLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 175 SQUARE MM		4	NDS
mono-linyah oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG		3	
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(Xulane)	l2	QL (3 per 28 days)
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	(Jencycla)	l2	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Aurovela Fe 1-20 (28))	l2	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Aurovela Fe 1.5/30 (28))	l2	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Tilia Fe)	l2	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Tri-Lo-Estarylla)	l2	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Tri-Estarylla)	l2	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg	(Mono-Linyah)	l2	
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)		l2	
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	l2	
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	l2	
nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		l2	
orquidea oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	l2	
portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	l2	
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	QL (91 per 84 days)
sharobel oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	l2	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG		4	NDS
sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	l2	
tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	
turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	l2	
tyblume oral tablet,chewable 0.1 mg-20 mcg		4	NDS
valtya oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	l2	
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	l2	
volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	l2	
vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	l2	
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estradiol)	4	NDS; QL (3 per 28 days)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estradiol)	4	NDS; QL (3 per 28 days)
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	l2	
Anticonvulsivos			
Anticonvulsivos			
brivaracetam intravenous solution 50 mg/5 ml	(Briviact)	5	NM; NDS; QL (80 per 30 days)
brivaracetam oral solution 10 mg/ml	(Briviact)	4	NDS; QL (600 per 30 days)
brivaracetam oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Briviact)	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	(brivaracetam)	5	NM; NDS; QL (80 per 30 days)
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Carbatrol)	4	NDS
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml	(Tegretol)	4	NDS
carbamazepine oral tablet 200 mg	(Tegretol)	l2	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	(Tegretol XR)	4	NDS
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg		l2	
carbamazepine oral tablet,chewable 200 mg		4	NDS
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	(Onfi)	4	NDS; QL (480 per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	(Onfi)	4	NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg		4	NDS
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		4	NDS
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg	(Depakote Sprinkles)	4	NDS
divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg	(Depakote ER)	4	NDS
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	(Depakote)	l2	
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG		5	ST; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG		5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS
epitol oral tablet 200 mg	(carbamazepine)	l2	
eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg	(Aptiom)	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg	(Aptiom)	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ethosuximide oral capsule 250 mg	(Zarontin)	l2	
ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml	(Zarontin)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
felbamate oral suspension 600 mg/5 ml		4	NDS
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	(Felbatol)	4	NDS
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS
fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml	(Cerebyx)	4	NDS
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg	(Neurontin)	l2	QL (360 per 30 days)
gabapentin oral capsule 400 mg	(Neurontin)	l2	QL (270 per 30 days)
gabapentin oral solution 250 mg/5 ml	(Neurontin)	4	NDS; QL (2160 per 30 days)
gabapentin oral tablet 600 mg	(Neurontin)	l2	QL (180 per 30 days)
gabapentin oral tablet 800 mg	(Neurontin)	l2	QL (120 per 30 days)
lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml	(Vimpat)	l2	QL (200 per 5 days)
lacosamide oral solution 10 mg/ml	(Vimpat)	4	NDS; QL (1200 per 30 days)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	(Vimpat)	4	NDS; QL (60 per 30 days)
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(Subvenite)	1	
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg	(Lamictal)	4	NDS
lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Lamictal ODT)	4	NDS
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml	(Keppra)	4	NDS
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	(Keppra)	l2	
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	(Keppra)	l2	
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	(Keppra XR)	4	NDS
levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg, 500 mg	(Spritam)	4	ST; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG		4	NDS; QL (10 per 30 days)
methsuximide oral capsule 300 mg	(Celontin)	4	NDS
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		4	NDS; QL (10 per 30 days)
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	(Trileptal)	4	NDS
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	(Trileptal)	l2	
perampanel oral suspension 0.5 mg/ml	(Fycompa)	5	ST; NM; NDS; QL (720 per 30 days)
perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg	(Fycompa)	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
perampanel oral tablet 2 mg	(Fycompa)	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg	(Fycompa)	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)		4	PA NSO-HRM; NDS; AGE (Max 64 Years)
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg		l2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg	(phenytoin sodium extended)	l2	
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	(Dilantin-125)	l2	
phenytoin oral tablet,chewable 50 mg	(Dilantin Infatabs)	l2	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	(Dilantin Extended)	l2	
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg	(Phenytek)	l2	
phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml		l2	
phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml		l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Lyrica)	l2	QL (90 per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	(Lyrica)	l2	QL (60 per 30 days)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	(Lyrica)	4	NDS; QL (900 per 30 days)
primidone oral tablet 125 mg		4	NDS
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	(Mysoline)	l2	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	(Banzel)	5	ST; NM; NDS
rufinamide oral tablet 200 mg	(Banzel)	4	ST; NDS
rufinamide oral tablet 400 mg	(Banzel)	5	ST; NM; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG		5	PA BvD; NM; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 750 MG		4	ST; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG	(levetiracetam)	4	ST; NDS
SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML		4	PA NSO; NDS
subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(lamotrigine)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg		4	NDS
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	(Topamax)	4	NDS
topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg		4	NDS
topiramate oral solution 25 mg/ml	(Eprontia)	4	ST; NDS
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Topamax)	1	
valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)		4	NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml		12	
valproic acid oral capsule 250 mg		12	
VALTOCO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		5	NM; NDS; QL (10 per 30 days)
vigabatrin oral powder in packet 500 mg	(Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigabatrin oral tablet 500 mg	(Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrone oral powder in packet 500 mg	(vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrone oral tablet 500 mg	(vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigpoder oral powder in packet 500 mg	(vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)		5	NM; NDS; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)		4	NDS
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)		5	NM; NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML		4	NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg	(Zonegran)	l2	
zonisamide oral capsule 50 mg		l2	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos			
Antidepresivos			
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		l2	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg		l2	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG		5	NM; NDS
AUVELITY ORAL TABLET,IR ER BIPHASIC,DOSEPACK 30 MG-105 MG /45 MG-105 MG		5	NM; NDS
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg		l2	
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg	(Wellbutrin XL)	l2	
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	(Wellbutrin SR)	l2	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml		4	NDS
citalopram oral tablet 10 mg	(Celexa)	1	QL (120 per 30 days)
citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg	(Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Anafranil)	l2	
desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		l2	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Pristiq)	4	NDS; QL (30 per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		l2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
doxepin oral concentrate 10 mg/ml	l2	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg	l2	QL (120 per 30 days)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	l2	QL (90 per 30 days)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 60 mg	l2	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml	4	NDS
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg (Lexapro)	1	
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 18.2 MG (32 TABS)	5	PA NSO; NM; NDS
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	4	ST; NDS
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg (Prozac)	1	
fluoxetine oral capsule 40 mg	1	
fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	4	NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg		l2	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg		l2	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		4	NDS
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg	(Remeron)	l2	
mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg		l2	
mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg	(Remeron SolTab)	l2	
nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg		4	NDS
nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		1	
nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml		l2	
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml		l2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(Paxil)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	(Paxil CR)	l2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg		4	NDS
phenelzine oral tablet 15 mg	(Nardil)	l2	
protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg		l2	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS; QL (1200 per 30 days)
sertraline oral concentrate 20 mg/ml	(Zoloft)	4	NDS
sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Zoloft)	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)		5	PA NSO; NM; NDS
tranylcypromine oral tablet 10 mg	(Parnate)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg		1	
trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg		l2	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		3	QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg	(Effexor XR)	l2	QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg	(Effexor XR)	l2	QL (90 per 30 days)
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg		l2	
vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Viibryd)	4	NDS; QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 14 days)
Antifúngicos			
Antifúngicos			
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		4	PA BvD; NDS
amphotericin b injection recon soln 50 mg		l2	PA BvD
amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg	(AmBisome)	5	PA BvD; NM; NDS
ciclopirox topical cream 0.77 %	(Ciclodan)	l2	QL (180 per 30 days)
ciclopirox topical solution 8 %	(Ciclodan)	l2	QL (19.8 per 30 days)
ciclopirox topical suspension 0.77 %	(Loprox (as olamine))	l2	QL (180 per 30 days)
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg		l2	
clotrimazole topical cream 1 %	(Antifungal (clotrimazole))	l2	
clotrimazole topical solution 1 %	(Athlete's Foot (clotrimazole))	l2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %	l2	QL (90 per 30 days)
CRESEMBA INTRAVENOUS RECON SOLN 372 MG	5	NM; NDS
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	5	PA; NM; NDS
econazole nitrate topical cream 1 %	l2	QL (170 per 30 days)
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	4	NDS
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml	4	NDS
fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml (Diflucan)	4	NDS
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	l2	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg (Ancobon)	5	NM; NDS
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml	4	NDS
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg	l2	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg	l2	
itraconazole oral capsule 100 mg (Sporanox)	4	NDS
ketoconazole oral tablet 200 mg	l2	
ketoconazole topical cream 2 %	l2	QL (180 per 30 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %	l2	QL (360 per 30 days)
micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	4	NDS
miconazole-3 vaginal suppository 200 mg	l2	
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram (nystatin)	l2	QL (60 per 30 days)
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nystatin oral tablet 500,000 unit		l2	
nystatin topical cream 100,000 unit/gram		l2	QL (60 per 30 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram		l2	QL (60 per 30 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	(Nystop)	l2	QL (60 per 30 days)
nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%		l2	
nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%		l2	
nystop topical powder 100,000 unit/gram	(nystatin)	l2	QL (60 per 30 days)
posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg		5	PA; NM; NDS
terbinafine hcl oral tablet 250 mg		1	
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	(Vfend IV)	5	PA BvD; NM; NDS
voriconazole intravenous solution 10 mg/ml		5	PA BvD; NM; NDS
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	(Vfend)	5	PA; NM; NDS
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg		l2	
Antihistamínicos			
Antihistamínicos			
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg		l2	
levocetirizine oral tablet 5 mg	(24HR Allergy Relief)	1	
Antimicobacteriales			
Antimicobacteriales			
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg		l2	
ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg		l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg		1	
pyrazinamide oral tablet 500 mg		4	NDS
rifabutin oral capsule 150 mg		l2	
rifampin intravenous recon soln 600 mg	(Rifadin)	4	NDS
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg		4	NDS
rifapentine oral tablet 150 mg	(Priftin)	l2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		5	PA; NM; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG		4	NDS
Antivirales (Sitémico)			
Inhibidores De La Transcriptasa Inversa Análogos De Nucleósidos Y Nucleótidos Para El Vih			
abacavir oral solution 20 mg/ml	(Ziagen)	3	
abacavir oral tablet 300 mg		3	
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg		3	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	NM; NDS
atazanavir oral capsule 150 mg		3	
atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg	(Reyataz)	3	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG		5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML		5	NM; NDS
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)		5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)	(Apretude)	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	NM; NDS
darunavir oral tablet 600 mg	(Prezista)	4	NDS
darunavir oral tablet 800 mg	(Prezista)	5	NM; NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	NM; NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG		5	NM; NDS
didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg		4	NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		5	NM; NDS
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG		5	NM; NDS
efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg		4	NDS
efavirenz oral tablet 600 mg		4	NDS
efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg		l2	
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg		5	NM; NDS
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg	(Symfi)	5	NM; NDS
emtricitabine oral capsule 200 mg	(Emtriva)	4	NDS
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg	(Truvada)	4	NDS
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg	(Truvada)	5	NM; NDS
emtricita-rilpivirine-tenof df oral tablet 200-25-300 mg	(Complera)	5	NM; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		4	NDS
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	(Intelence)	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NM; NDS
fosamprenavir oral tablet 700 mg	5	NM; NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5	NM; NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NM; NDS
IDVYNSO ORAL TABLET 100-0.25 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	3	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NM; NDS
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML (lopinavir-ritonavir)	4	NDS; QL (480 per 30 days)
lamivudine oral solution 10 mg/ml (Epivir)	3	
lamivudine oral tablet 100 mg	3	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg (Epivir)	3	
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	4	NDS
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	NDS
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml (Kaletra)	4	NDS; QL (480 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg	(Kaletra)	4	NDS; QL (300 per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg	(Kaletra)	4	NDS; QL (120 per 30 days)
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg	(Selzentry)	5	NM; NDS
nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml		4	NDS; QL (1200 per 30 days)
nevirapine oral tablet 200 mg		l2	QL (60 per 30 days)
nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg		4	NDS; QL (30 per 30 days)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG		4	NDS
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	NM; NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		5	NM; NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG-MG		5	NM; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG		5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		4	NDS
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		4	NDS
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG		5	NM; NDS
rilpivirine hcl oral tablet 25 mg	(Edurant)	5	NM; NDS
rilpivirine intramuscular suspension,extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)		5	NM; NDS
ritonavir oral tablet 100 mg	(Norvir)	4	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NM; NDS
stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	4	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NM; NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK)	5	NM; NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NM; NDS
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg (Viread)	3	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	NDS
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5	NM; NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	4	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5	NM; NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		5	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)		5	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	NM; NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG		4	NDS
zidovudine oral capsule 100 mg	(Retrovir)	4	NDS
zidovudine oral syrup 10 mg/ml	(Retrovir)	4	NDS
zidovudine oral tablet 300 mg		12	
Antivirales Hcv			
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG		5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	(sofosbuvir-velpatasvir)	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG		5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	(ledipasvir-sofosbuvir)	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios			
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG		5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
oseltamivir oral capsule 30 mg		l2	QL (84 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg		l2	QL (48 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 75 mg	(Tamiflu)	l2	QL (42 per 180 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml	(Tamiflu)	4	NDS; QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)		l2	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)		l2	QL (11 per 28 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG		l2	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION		4	NDS; QL (60 per 180 days)
Interferones			
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		5	PA; NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos			
acyclovir oral capsule 200 mg		1	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml		l2	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg		l2	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml		4	PA BvD; NDS
adefovir oral tablet 10 mg		4	NDS
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Baraclude)	4	NDS
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg		l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ribavirin oral tablet 200 mg		3	
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg	(Valtrex)	l2	
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml	(Valcyte)	5	NM; NDS
valganciclovir oral tablet 450 mg		3	
Cofactores Enzimáticos/Otros			
Cofactores Enzimáticos/Otros			
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG		5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Dispositivos			
Dispositivos			
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	(alcohol swabs)	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
AUTOKEEPER SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
AUTOKEEPER SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
BD INS SYR UF 0.3 ML 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BD INS SYR UF 0.5 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
BD SINGLE USE SWAB	(alcohol swabs)	1	PA; ST
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G HRI 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G HRI 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G HRI 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"		l2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16		l2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
COMFORT EZ PLS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 27G 12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"		l2	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"		l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM	(alcohol swabs)	1	PA; ST
CURITY GAUZE PADS 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "		1	PA; ST
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "		1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "		1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) OUTER 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) OUTER 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) OUTER 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) OUTER 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) OUTER 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM OUTER 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM OUTER 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM OUTER 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM OUTER 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"		l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"		l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"		l2	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G 8MM 1/2 ML 29 X5/16 "	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16		l2	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH 0.3 ML 31G 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	l2	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 31G 8MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED	(alcohol swabs)	1	PA; ST
EASY TOUCH AUTO 0.5 ML 30G 6MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
EASY TOUCH AUTO 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH AUTORET 1 ML 30G 6MM 1 ML 30 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
EASY TOUCH AUTORET 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INS 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INS 1 ML 27G 1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INS 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML	(insulin syringe needleless)	l2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	(insulin syringe needleless)	l2	PA; ST
EASYLIFE ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 8MM 33 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASYLIFE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASYLIFE SAFTY PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
EASYLIFE SAFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
EASYLIFE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
EXEL U100 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
EXEL U100 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	l2	PA; ST
FT STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
GNP ALCOHOL SWAB STERILE, TWO PLY	(Alcohol Pads)	1	PA; ST
GNP PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(1st Tier Unifine Pentips)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GNP PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(CareFine Pen Needle)	l2	PA; ST
GNP SIMPLI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
GNP ULT CMFRT 0.5 ML 29GX1/2" 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
GNP ULTR CMFRT 0.5 ML 30GX5/16 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
GS PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(1st Tier Unifine Pentips)	l2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 7/16", 1 ML 30 GAUGE X 7/16"		l2	PA; ST
INSULIN 1/2 ML SYRINGE 1/2 ML 29	(Ultilet Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN 1/2 ML SYRINGE 1/2 ML 30 GAUGE		l2	PA; ST
INSULIN 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 30	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Easy Touch Ins Syr (half unit))	l2	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	l2	PA; ST
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Easy Touch Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Easy Touch Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(BD Eclipse Luer-Lok)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Easy Touch Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE,THIN II (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	(Ultilet Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(Monoject Syringe)	l2	PA; ST
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (RX) 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES	(alcohol swabs)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "		1	PA; ST
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE		l2	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"		l2	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(CareFine Pen Needle)	l2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	l2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	l2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(Comfort EZ Pen Needles)	l2	PA; ST
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	l2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
NANO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
NOVOFINE AUTOCOVER 30G NEEDLE 30 GAUGE X 1/3"		l2	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)		3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (10 per 30 days)
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"	(Embrace Pen Needle)	l2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	(CareFine Pen Needle)	l2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI 31 GAUGE X 1/4"	(1st Tier Unifine Pentips)	l2	PA; ST
PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(Advocate Pen Needle)	l2	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	(1st Tier Unifine Pentips Plus)	l2	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PRO-COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	(alcohol swabs)	1	PA; ST
RA STERILE PADS 2"X 2" 2 X 2 "	(Bordered Gauze)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"		l2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort Touch Pen Needle)	l2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"		l2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	(True-Comfort Pro Pen Needle)	l2	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	l2	PA; ST
RELION PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(1st Tier Unifine Pentips)	l2	PA; ST
RELION SYRING 0.3 ML 31GX5/16" INNER 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	l2	PA; ST
RELION SYRING 0.5 ML 31GX5/16" INNER (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	l2	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort EZ PRO Safety Pen Ndl)	l2	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
SECURESAFE PEN NEEDLE 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		l2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(Thinpro Insulin Syringe)	l2	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"		l2	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"		l2	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"		l2	PA; ST
TOPFINE INSULN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	(alcohol swabs)	1	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	l2	PA; ST
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"		l2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"		l2	PA; ST
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB	(alcohol swabs)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE		l2	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
ULTRA-FINE 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRAFINE INS 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		l2	PA; ST
ULTRA-FINE INS 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		l2	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NDL 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 8MM 31G 31GX8MM, SHORT, STRL 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	l2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		l2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST
UNIFINE ULTR PEN NDL 34G 3.5MM 34 GAUGE X 9/64"		l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE ULTRA PEN NDL 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
VANISHPOINT INS 0.5 ML 30G 8MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		l2	PA; ST
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"		l2	PA; ST
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"		l2	PA; ST
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	l2	PA; ST
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "		1	PA; ST
V-GO 20 DEVICE		3	QL (30 per 30 days)
V-GO 30 DEVICE		3	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 DEVICE		3	QL (30 per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	(alcohol swabs)	1	PA; ST
WM UNIFINE PENTIP PLUS 8MM 31G W/ SAFETY CLICK 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	l2	PA; ST
Preparaciones De Reemplazo			
Preparaciones De Reemplazo			
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution	(d5 % and 0.9 % sodium chloride)	l2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	(D5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr)	l2	
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution		l2	
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq	(potassium chloride)	l2	
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq	(potassium chloride)	l2	
klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq	(potassium chloride)	l2	
magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)		4	NDS
magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)		l2	
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml		l2	
potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq		l2	
potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml		l2	
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq	(Klor-Con 10)	l2	
potassium chloride oral tablet extended release 15 meq		4	NDS
potassium chloride oral tablet extended release 20 meq		l2	
potassium chloride oral tablet extended release 8 meq	(Klor-Con 8)	l2	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq	(Klor-Con M10)	l2	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq	(Klor-Con M15)	l2	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq	(Klor-Con M20)	l2	
potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)	(Urocit-K 10)	4	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
potassium citrate oral tablet extended release 15 meq (Urocit-K 15)	4	NDS
potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)	4	NDS
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %	l2	
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution	l2	
sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use	l2	
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
anagrelide oral capsule 0.5 mg (Agrylin)	4	NDS
anagrelide oral capsule 1 mg	4	NDS
tranexamic acid oral tablet 650 mg	3	
Anticoagulantes		
dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg (Pradaxa)	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 0.5 MG, 1.5 MG (0.5 MG X 3), 2 MG (0.5 MG X 4)	3	QL (960 per 30 days)
ELIQUIS SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.15 MG	3	QL (120 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml (Lovenox)	4	NDS; QL (60 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml (Lovenox)	4	NDS; QL (48 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml	(Lovenox)	4	NDS; QL (18 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml	(Lovenox)	4	NDS; QL (24 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml	(Lovenox)	4	NDS; QL (36 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml	(Arixtra)	5	NM; NDS; QL (24 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml	(Arixtra)	4	NDS; QL (15 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml	(Arixtra)	5	NM; NDS; QL (12 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml	(Arixtra)	5	NM; NDS; QL (18 per 30 days)
heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml		l2	
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	(warfarin)	1	
rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml	(Xarelto)	3	QL (600 per 30 days)
rivaroxaban oral tablet 2.5 mg	(Xarelto)	3	QL (60 per 30 days)
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg		1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)		3	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	(rivaroxaban)	3	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	(rivaroxaban)	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG	(rivaroxaban)	3	QL (60 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	(rivaroxaban)	3	ST; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Inhibidores De Agregación De Plaquetas			
aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg		4	NDS
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg		l2	
clopidogrel oral tablet 75 mg	(Plavix)	1	
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg		4	PA-HRM; NDS; AGE (Max 64 Years)
pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg		l2	
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Effient)	l2	
ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg	(Brilinta)	3	
Modificadores De Formación De Sangre			
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG		5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg	(Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg	(Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg	(Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 25 mg	(Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg	(Promacta)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT		5	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML		5	PA; NM; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML		5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML		5	PA; NM; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML		3	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML		3	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML		5	PA; NM; NDS
Reemplazo/Modificadores De Enzima			
Reemplazo/Modificadores De Enzima			
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 - 60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT		3	
javygtor oral tablet,soluble 100 mg	(sapropterin)	5	PA; NM; NDS
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	(Orfadin)	5	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML		5	PA; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		5	PA BvD; NM; NDS
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)		5	PA; NM; NDS
sapropterin oral tablet,soluble 100 mg	(Javygtor)	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; LA; NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	3	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1̲2̲	
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg	1̲2̲	
dantrolene oral capsule 25 mg (Dantrium)	1̲2̲	
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	1̲2̲	
tizanidine oral tablet 2 mg	1̲2̲	
tizanidine oral tablet 4 mg (Zanaflex)	1̲2̲	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
bal-care dha combo pack 27-1-430 mg	1	
bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg	1	
c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
completenate tablet chew 29 mg iron-1 mg		1	
folivane-ob capsule 85-1 mg		1	
kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg		1	
marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg		1	
m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg		1	
mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg		1	
mynatal oral tablet 90-1-50 mg		1	
mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg		1	
mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg		1	
mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg		1	
newgen tablet 32-1,000 mg-mcg		1	
obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe		1	
obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg		1	
pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg		1	
pnv-omega softgel 28-1-300 mg		1	
pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg		1	
pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg		1	
pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg		1	
pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg		1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg		1	
prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg		1	
prenatabs fa tablet 29-1 mg		1	
prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg		1	
prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg		1	
prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	1	
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
prenatal-u capsule 106.5-1 mg		1	
r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg		1	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg		1	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg		1	
se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg		1	
taron-c dha capsule 35-1-200 mg		1	
taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg		1	
vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg		1	
vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg		1	
vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg		1	
zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg		1	
zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg		1	
zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg		1	

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

ÍNDICE

1

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 142

1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 142

A

abacavir 135

abacavir-lamivudine 135

ABELCET 132

abigale 77

abigale lo 77

ABILIFY ASIMTUFII 38

ABILIFY MAINTENA 38

abiraterone 3

abiraterone, submicronized 3

abirtega 3

ABRYSVO (PF) 89

acamprosate 24

acarbose 27

acebutolol 47

acetaminophen-codeine 103

acetazolamide 94

acetazolamide sodium 94

acetic acid 96

acetylcysteine 62

acitretin 70

ACTHIB (PF) 89

ACTIMMUNE 100

acyclovir 70, 141

acyclovir sodium 141

ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) .. 89

adalimumab-aaty 81

adalimumab-aaty(cf) ai crohns 81

adapalene 72

adefovir 141

ADEMPAS 101

adrucil 3

ADVAIR HFA 64

ADVOCATE PEN NEEDLE 143

ADVOCATE SYRINGES .. 142, 143

afirmelle 114

AIMOVIG AUTOINJECTOR 33

AIRSUPRA 65

AKEEGA 3

ala-cort 68

albendazole 35

albuterol sulfate 65, 66

ALCOHOL PADS 143

ALCOHOL PREP PADS 165

ALCOHOL SWABS 160

ALCOHOL WIPES 172

ALECENSA 3

alendronate 57

alfuzosin 75

aliskiren 56

allopurinol 33

alosetron 56, 57

alprazolam 25

altavera (28) 115

ALTRENO 72

ALUNBRIG 3

ALVAIZ 194

alyacen 1/35 (28) 115

alyacen 7/7/7 (28) 115

ALYFTREK 62

alyq 101

amantadine hcl 37

amethyst (28) 115

amikacin 107

amiloride 54

amiloride-hydrochlorothiazide 54

amiodarone 46

amitriptyline 129

amlodipine 51

amlodipine-atorvastatin 52

amlodipine-benazepril 51

amlodipine-olmesartan 51

amlodipine-valsartan 51

amlodipine-valsartan-hcthiazid 51

ammonium lactate 70

amoxapine 129

amoxicil-clarithromy-lansopraz 72

amoxicillin 111

amoxicillin-pot clavulanate 111, 112

amphotericin b 132

amphotericin b liposome 132

ampicillin 112

ampicillin sodium 112

ampicillin-sulbactam 112

anagrelide 192

anastrozole 3

ANKTIVA 3

ANORO ELLIPTA 66

aprepitant 34, 35

apri 115

APTIVUS 135

AQINJECT PEN NEEDLE . 143

ARCALYST 81

AREXVY (PF) 89

ARIKAYCE 107

aripiprazole 38

ARISTADA 38, 39

ARISTADA INITIO 38
armodafinil 58
ARNUITY ELLIPTA.....64
asenapine maleate 39
aspirin-dipyridamole 194
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL 143
ASSURE ID DUO-SHIELD 143
ASSURE ID INSULIN SAFETY.....143, 144
ASSURE ID PEN NEEDLE 143
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 143
atazanavir.....135
atenolol.....47
atenolol-chlorthalidone.....47
atomoxetine 59
atorvastatin.....52
atovaquone 35
atovaquone-proguanil 36
atropine 99
ATTRUBY 49
aubra eq.....115
AUGTYRO 3
aurovela 1.5/30 (21) 115
aurovela 1/20 (21) 115
aurovela 24 fe.....115
aurovela fe 1.5/30 (28) 115
aurovela fe 1-20 (28).....115
AUSTEDO 59
AUSTEDO XR.....59
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....59
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 144
AUVELITY.....129
aviane 115
AVMAPKI 3
AVMAPKI-FAKZYNJA 3
AVONEX.....59
AXTLE.....3
ayuna 115
AYVAKIT 4
azacitidine..... 4
azathioprine 81
azathioprine sodium 81
azelastine 99
azithromycin 110, 111
aztreonam 109
azurette (28)..... 115

B

bacitracin..... 96
bacitracin-polymyxin b 96
baclofen 196
bal-care dha..... 196
bal-care dha essential..... 196
balsalazide 57
BALVERSA 4
BAQSIMI 100
BCG VACCINE, LIVE (PF) . 89
BD ALCOHOL SWABS..... 145
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE..... 144
BD ECLIPSE LUER-LOK.. 144
BD INSULIN SYRINGE 144
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)..... 144
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE..... 144
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE..... 144, 145
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 145
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 145
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE..... 145
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE..... 145
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE..... 145
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 145
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)..... 145
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 145
BELSOMRA..... 58
benazepril..... 55
benazepril-hydrochlorothiazide 55
bendamustine 4
BENDAMUSTINE..... 4
BENDEKA 4
BENLYSTA..... 81
benztropine..... 37
BEQALZI 4
BEQALZI STARTER PACK.. 4
BESREMI 81
BESREMI PEN..... 4
betaine..... 100
betamethasone dipropionate.. 68
betamethasone valerate 68
betamethasone, augmented.... 68
BETASERON..... 59
betaxolol..... 94
bethanechol chloride..... 75
bexarotene..... 4
BEXSERO 89
bicalutamide..... 4
BICILLIN L-A..... 112
BIKTARVY..... 135
bisoprolol fumarate..... 47
bisoprolol-hydrochlorothiazide 47
BIZENGRI..... 4
bleomycin 4
blisovi 24 fe..... 115
blisovi fe 1.5/30 (28) 115
blisovi fe 1/20 (28) 115
BOOSTRIX TDAP 89
BORDERED GAUZE 145
bortezomib..... 4, 5
BORUZU 5
bosentan 101

BOSULIF 5
bosutinib 5
BRAFTOVI 5
BREO ELLIPTA 64
breyna 65
BREZTRI AEROSPHERE 66
brimonidine 94, 95
brimonidine-timolol 95
brinzolamide 95
brivaracetam 123
BRIVIACT 123
bromfenac 98
bromocriptine 37
BRONCHITOL 62
BRUKINSA 5
budesonide 57, 65
budesonide-formoterol 65
bumetanide 54
buprenorphine 104
buprenorphine hcl 24
buprenorphine-naloxone 24
bupropion hcl 129
bupropion hcl (smoking deter) 24
buspirone 100
butalbital-acetaminop-caf-cod 104
butalbital-acetaminophen-caff 104
BYSANTI 39
BYSANTI TITRATION PACK A 39
BYSANTI TITRATION PACK B 39
BYSANTI TITRATION PACK C 39

C

CABENUVA 135
cabergoline 37
CABOMETYX 5
cabotegravir 135, 136
calcipotriene 70
calcitonin (salmon) 57
calcitriol 57
calcium acetate(phosphat bind) 74
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 5
CAMCEVI (6 MONTH) 5
camila 115
CAMZYOS 49
candesartan 50
candesartan-hydrochlorothiazid 50
CAPLYTA 39
CAPRELSA 5
captopril 55
carbamazepine 123
carbidopa-levodopa 37
CAREFINE PEN NEEDLE 145, 146
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 146
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 146, 147
CARETOUCH PEN NEEDLE 146
carglumic acid 73
carteolol 95
cartia xt 48
carvedilol 47
CAYSTON 109
cefaclor 109
cefadroxil 109
cefazolin 109
cefdinir 109, 110
cefepime 110
cefixime 110
cefoxitin 110
cefpodoxime 110
cefprozil 110
ceftaroline fosamil 110
ceftazidime 110
ceftriaxone 110
cefuroxime axetil 110
cefuroxime sodium 110
celecoxib 102
cephalexin 110
cevimeline 67
chateal eq (28) 116
chlordiazepoxide hcl 25
chlorhexidine gluconate 67
chloroquine phosphate 36
chlorpromazine 39
chlorthalidone 54
cholestyramine (with sugar) .. 52
cholestyramine light 52
ciclopirox 132
cilostazol 194
CIMDUO 136
cimetidine hcl 72
CIMZIA 82
CIMZIA POWDER FOR RECONST 82
CIMZIA STARTER KIT 82
cinacalcet 57
ciprofloxacin hcl 96, 113
ciprofloxacin in 5 % dextrose 113
ciprofloxacin-dexamethasone 96
citalopram 129
cladribine(multiple sclerosis) 60
clarithromycin 111
CLICKFINE PEN NEEDLE 147
clindamycin hcl 108
clindamycin phosphate .. 71, 107, 108
clindamycin-benzoyl peroxide 71
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 45
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) ... 45
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) ... 45
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 45

CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 46
clobazam 123
clobetasol 68
clobetasol-emollient 69
clomipramine 129
clonazepam 25
clonidine 46
clonidine hcl 46
clopidogrel 194
clorazepate dipotassium 25
clotrimazole 132
clotrimazole-betamethasone 133
clozapine 39, 40
c-nate dha 196
COARTEM 36
COBENFY 40
COBENFY STARTER PACK 40
colchicine 33
colesevelam 52
colestipol 52
colistin (colistimethate na) 108
COMBIVENT RESPIMAT 66
COMETRIQ 6
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 147, 148, 149
COMFORT EZ PEN NEEDLES 147, 148
COMFORT EZ PLUS PEN NEEDLE 148
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL 148
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 149, 150
completenate 197
compro 35
conjugated estrogens 77
constulose 73
COPIKTRA 6
CORLANOR 49
CORTROPHIN GEL 79
COSENTYX 82
COSENTYX (2 SYRINGES) 82
COSENTYX PEN (2 PENS) 82
COSENTYX UNOREADY PEN 82
COTELLIC 6
CREON 195
CRESEMBA 133
cromolyn 62, 73, 99
cryselle (28) 116
CURITY ALCOHOL SWABS 150
CURITY GAUZE 150
cyclobenzaprine 196
cyclophosphamide 6
cyclosporine 82, 98
cyclosporine modified 82
CYLTEZO(CF) 83
CYLTEZO(CF) PEN 83
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 82
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV 83
cyred eq 116

D

d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr 190
d5 % and 0.9 % sodium chloride 191
d5 %-0.45 % sodium chloride 191
dabigatran etexilate 192
dalfampridine 60
danazol 76
dantrolene 196
DANYELZA 6
DANZITEN 6
dapagliflozin 27
dapagliflozin-metformin 27
dapsone 134
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 89
daptomycin 108
darunavir 136
dasatinib 6
dasetta 1/35 (28) 116
dasetta 7/7/7 (28) 116
DATROWAY 6
DAURISMO 6
deblitane 116
decitabine 6
deferasirox 106
DELSTRIGO 136
demeclocycline 114
DENGVAXIA (PF) 89
denta 5000 plus 67
dentagel 67
DEPO-SUBQ PROVERA 104 80
DERMACEA 150
DERMACEA NON-WOVEN 150
dermacinrx lidocan 106
DESCOVY 136
desipramine 129
desmopressin 79
desog-e.estradiol/e.estradiol 116
desvenlafaxine succinate 129
dexamethasone 78
dexamethasone sodium phosphate 78, 98
dextroamphetamine-amphetamine 60
dextrose 5 % in water (d5w) 46
DIACOMIT 124
diazepam 25, 124
diazepam intensol 25
diazoxide 100
diclofenac epolamine 102
diclofenac potassium 102
diclofenac sodium 98, 102
diclofenac-misoprostol 102, 103
dicloxacillin 112
dicyclomine 73

didanosine 136
difluprednate 98
digoxin 49
dihydroergotamine 33
DILANTIN.....124
diltiazem hcl 48
dilt-xr 48
dimethyl fumarate.....60
diphenoxylate-atropine.....73
dipyridamole.....194
disulfiram 24
divalproex.....124
dofetilide.....46
dolishale 116
donepezil.....26
dorzolamide.....95
dorzolamide-timolol 95
dotti.....77
DOVATO.....136
doxazosin.....46
doxepin 58, 129, 130
doxorubicin, peg-liposomal.....7
doxy-100.....114
doxycycline hyclate 114
doxycycline monohydrate.....114
DRIZALMA SPRINKLE.....130
dronabinol.....35
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) ..150, 151
DROPLET INSULIN SYRINGE.....150, 151, 152
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 152
DROPLET PEN NEEDLE..152, 153
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS.....153
DROPSAFE INSULIN SYRINGE.....153
DROPSAFE PEN NEEDLE153, 154
droxidopa 46
duloxetine..... 130
DUPIXENT PEN..... 83
DUPIXENT SYRINGE..... 83
dutasteride 75
E
EASY COMFORT ALCOHOL PAD 154
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE..... 154, 155
EASY COMFORT PEN NEEDLES 154, 155
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 154
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE..... 155
EASY GLIDE PEN NEEDLE 155
EASY TOUCH..... 158
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS 156
EASY TOUCH AUTORETRACT SYRINGE 156
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 157, 158
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE..... 156
EASY TOUCH INS SYR (HALF UNIT)..... 155, 156
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 156
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 156, 157, 158, 159
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 158
EASY TOUCH PEN NEEDLE 158
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE..... 158, 160
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 157, 158
EASY TOUCH UNI-SLIP... 159
EASYLIFE ALCOHOL PADS 159
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 159
EASYLIFE INSULIN SYRINGE 159, 160
EASYLIFE SAFETY PEN NEEDLE 160
econazole nitrate..... 133
EDURANT PED..... 136
efavirenz..... 136
efavirenz-emtricitabin-tenofov 136
efavirenz-lamivu-tenofov disop 136
ELAHERE 7
ELEPSIA XR..... 124
ELIGARD 7
ELIGARD (3 MONTH)..... 7
ELIGARD (4 MONTH)..... 7
ELIGARD (6 MONTH)..... 7
elinest 116
ELIQUIS 192
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START..... 192
ELIQUIS SPRINKLE..... 192
ELREXFIO 7
eltrombopag olamine 194
eluryng 116
EMBRACE PEN NEEDLE . 160
EMCYT..... 7
EMGALITY PEN 33
EMGALITY SYRINGE 33
EMRELIS 7
EMSAM..... 130
emtricitabine 136
emtricitabine-tenofovir (tdf). 136
emtricita-rilpivirine-tenof df 136
EMTRIVA 136
emzahh 116
enalapril maleate 55

enalapril-hydrochlorothiazide 55
ENBREL 83
ENBREL MINI 83
ENBREL SURECLICK 83
endocet 104
ENGERIX-B (PF) 90
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 90
enilloring 116
enoxaparin 192, 193
enpresse 116
ENSACOVE 7
enskyce 116
entacapone 37
entecavir 141
ENTRESTO 50
ENTRESTO SPRINKLE 50
enulose 73
EPCLUSA 140
EPIDIOLEX 124
epinastine 99
epinephrine 49
epitol 124
EPKINLY 7
eplerenone 56
ERBITUX 7
ergoloid 26
ERIVEDGE 7
ERLEADA 7, 8
erlotinib 8
errin 116
ertapenem 109
erythromycin 96, 111
erythromycin ethylsuccinate 111
erythromycin with ethanol 71
ERZOFRI 40
escitalopram oxalate 130
eslicarbazepine 124
esomeprazole magnesium 72
estarylla 116
estradiol 77
estradiol-norethindrone acet 77, 78
eszopiclone 58
ethambutol 134
ethosuximide 124
ethynodiol diac-eth estradiol 116
etodolac 103
etonogestrel-ethinyl estradiol 117
ETOPOPHOS 8
etoposide 8
etravirine 136
EUCRISA 69
EULEXIN 8
everolimus (antineoplastic) 8
everolimus (immunosuppressive) 83
EVOTAZ 137
EXEL INSULIN 160
exemestane 8
EXTENCILLINE 112
EXXUA 130
EYSUVIS 98
ezetimibe 52
ezetimibe-simvastatin 52
F
FAKZYNJA 8
falmina (28) 117
famciclovir 141
famotidine 72
FANAPT 40
FANAPT TITRATION PACK A 40
FANAPT TITRATION PACK B 40
FANAPT TITRATION PACK C 40
FASENRA 63
FASENRA PEN 62
febuxostat 33
feirza 117
felbamate 125
felodipine 51
fenofibrate 52
fenofibrate micronized 52
fenofibrate nanocrystallized 52
fentanyl 104
fentanyl citrate 104
fesoterodine 75
FETZIMA 130
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 29
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 29
FIASP PUMPCART 30
FIASP U-100 INSULIN 30
fidaxomicin 111
finasteride 75
fingolimod 60
FINTEPLA 125
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 8
flavoxate 75
flecainide 46
floxuridine 8
fluconazole 133
fluconazole in nacl (iso-osm) 133
flucytosine 133
fludrocortisone 78
flunisolide 98
fluocinolone 69
fluocinolone acetonide oil 98
fluocinonide 69
fluoride (sodium) 67
fluorometholone 98
fluorouracil 9, 70
fluoxetine 130
fluphenazine decanoate 40
fluphenazine hcl 40, 41
flurbiprofen 103
flurbiprofen sodium 98
fluticasone propionate 65, 69, 98
fluticasone propion-salmeterol 65

fluvastatin 53
fluvoxamine 131
folivane-ob 197
fondaparinux 193
fosamprenavir 137
fosfomycin tromethamine 108
fosinopril 55
fosinopril-hydrochlorothiazide 55
fosphenytoin 125
FOTIVDA 9
FRUZAQLA 9
fulvestrant 9
furosemide 54
FUZEON 137
FYARRO 9
G
gabapentin 125
galantamine 26
gallifrey 80
GAMUNEX-C 83
GARDASIL 9 (PF) 90
GAUZE BANDAGE 172
GAUZE PAD 160
gavilyte-c 75
gavilyte-g 75
gavilyte-n 75
GAVRETO 9
gefitinib 9
gemfibrozil 53
generlac 73
gengraf 83
gentamicin 71, 96, 107
gentamicin sulfate (ped) (pf) 107
GENVOYA 137
GILOTRIF 9
glatiramer 60
glatopa 60
glimepiride 32
glipizide 32
glipizide-metformin 32
glucagon emergency kit (human) 100
glutamine (sickle cell) 100
glyburide 33
glyburide micronized 33
glyburide-metformin 33
glycopyrrolate 73
glydo 106
GLYXAMBI 27
GOMEKLI 9
griseofulvin microsize 133
griseofulvin ultramicrosize 133
guanfacine 46, 61
GVOKE 100
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 100
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 100
H
HADLIMA 84
HADLIMA PUSHTOUCH 84
HADLIMA(CF) 84
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 84
HAEGARDA 194
hailey 24 fe 117
hailey fe 1.5/30 (28) 117
hailey fe 1/20 (28) 117
halobetasol propionate 69
haloette 117
haloperidol 41
haloperidol decanoate 41
haloperidol lactate 41
HARVONI 140
HAVRIX (PF) 90
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 161
HEALTHWISE PEN NEEDLE 161, 162
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 162
heather 117
heparin (porcine) 193
HEPLISAV-B (PF) 90
HERCEPTIN HYLECTA 9
HERNEXEOS 9
HIBERIX (PF) 90
HUMIRA 84
HUMIRA PEN 84
HUMIRA(CF) 84
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER 84
HUMIRA(CF) PEN 84
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 84
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 84
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 84
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 30
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 30
hydralazine 49
hydrochlorothiazide 54
hydrocodone-acetaminophen 104
hydrocortisone 57, 69, 78
hydrocortisone valerate 69
hydrocortisone-acetic acid 96
hydromorphone 105
hydroxychloroquine 36
hydroxyurea 9
hydroxyzine hcl 134
hydroxyzine pamoate 100
HYRNUO 9
I
ibandronate 57
IBRANCE 9, 10
IBTROZI 10
ibu 103
ibuprofen 103
icatibant 49
iclevia 117
ICLUSIG 10

icosapent ethyl.....53
IDHIFA 10
IDVYNSO.....137
ifosfamide 10
ILEVRO 98
imatinib.....10
IMBRUVICA 10
IMDELLTRA.....10
imipenem-cilastatin 109
imipramine hcl.....131
imiquimod.....71
IMJUDO.....10
IMKELDI.....10
IMOVAX RABIES VACCINE (PF).....90
IMPAVIDO.....36
incassia.....117
INCONTROL ALCOHOL PADS.....162
INCONTROL PEN NEEDLE 162
INCRELEX.....79
indapamide.....54
indomethacin 103
INFANRIX (DTAP) (PF).....90
infliximab.....85
INGREZZA.....61
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV).....61
INGREZZA SPRINKLE.....61
INLEXZO.....10
INLURIYO.....10
INLYTA 10, 11
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE 162
INPEN (FOR HUMALOG) GREY 162
INPEN (FOR HUMALOG) PINK.....162
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE 162
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY 162
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK..... 163
INQOVI..... 11
INREBIC 11
insulin asp prt-insulin aspart. 30
insulin aspart u-100..... 30
insulin glargine-yfgn..... 30
insulin lispro 30
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK..... 163
INSULIN SYRINGE MICROFINE 144
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100160, 163, 164, 172, 177
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE..... 164
INSUPEN PEN NEEDLE ... 164
INTELENCE 137
introvale..... 117
INVEGA HAFYERA 41
INVEGA SUSTENNA 41
INVEGA TRINZA 42
INVELTYS..... 98
IPOL 90
ipratropium bromide..... 66, 99
ipratropium-albuterol..... 66
irbesartan..... 50
irbesartan-hydrochlorothiazide 50
ISENTRESS 137
ISENTRESS HD..... 137
isibloom 117
isoniazid..... 135
isosorbide dinitrate..... 56
isosorbide mononitrate..... 56
ITOVEBI 11
itraconazole 133
IV PREP WIPES 164
ivabradine..... 49
ivermectin 36
IWILFIN 11
IXIARO (PF) 90
J
JAKAFI..... 11
JAKAFI XR 11
jantoven..... 193
JARDIANCE 27
JASCAYD..... 63
javygtor 195
JAYPIRCA 11
JEMPERLI..... 11
jencycla 117
JENTADUETO..... 27
JENTADUETO XR 27
JIDEYTRO 11
jolessa 117
juleber 117
JULUCA 137
junel 1.5/30 (21)..... 117
junel 1/20 (21)..... 117
junel fe 1.5/30 (28)..... 118
junel fe 1/20 (28)..... 118
junel fe 24..... 118
JYLAMVO 11
JYNARQUE 54
JYNNEOS (PF)..... 90
K
KALETRA..... 137
KALYDECO..... 63
kariva (28)..... 118
kelnor 1/35 (28)..... 118
kelnor 1/50 (28)..... 118
KERENDIA 56
KESIMPTA PEN 61
ketoconazole..... 133
ketorolac 98, 103
KEYTRUDA..... 11
KEYTRUDA QLEX..... 11
KIMMTRAK 11
KINERET 85
KINRIX (PF) 91
kionex 73

KISQALI 12
KISQALI FEMARA CO-PACK 12
KLISYRI (250 MG) 71
klor-con m10 191
klor-con m15 191
klor-con m20 191
KLOXXADO 24
KOMZIFTI 12
KOSELUGO 12
kosher prenatal plus iron 197
KRAZATI 12
kurvelo (28) 118
KYLEENA 118
L
labetalol 47
lacosamide 125
lactulose 73
lamivudine 137
lamivudine-zidovudine 137
lamotrigine 125
lanreotide 79
lansoprazole 72
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 31
LANTUS U-100 INSULIN 31
lapatinib 12
larin 1.5/30 (21) 118
larin 1/20 (21) 118
larin 24 fe 118
larin fe 1.5/30 (28) 118
larin fe 1/20 (28) 118
latanoprost 95
LAZCLUZE 12
leflunomide 85
lenalidomide 12
LENTOCILIN S (WITH LIDOCAINE) 112
LENVIMA 13
lessina 118
letrozole 13
leucovorin calcium 100
LEUKERAN 13
leuprolide 13
leuprolide acetate (3 month) 13
levetiracetam 125
levobunolol 95
levocetirizine 134
levofloxacin 113
levofloxacin in d5w 113
levonest (28) 118
levonorgest-eth.estradiol-iron 118
levonorgestrel-ethinyl estrad 118, 119
levonorg-eth estrad triphasic 119
levora-28 119
levothyroxine 76
LEXIVA 137
LIBERVANT 126
lidocaine 106
lidocaine hcl 106
lidocaine-prilocaine 106
lidocan iii 106
LIFYORLI 13
LILETTA 119
linezolid 108
linezolid in dextrose 5% 108
LINZESS 73
liomny 76
liothyronine 76
LISCO 165
lisinopril 55
lisinopril-hydrochlorothiazide 55
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 165
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 165, 166
lithium carbonate 61
lithium citrate 61
LIVTENCITY 140
LOKELMA 73
lomustine 13
LONSURF 13
loperamide 73
lopinavir-ritonavir 137, 138
LOQTORZI 13
lorazepam 25, 26
lorazepam intensol 26
LORBRENA 13
losartan 50
losartan-hydrochlorothiazide 50
LOTEMAX 98
LOTEMAX SM 99
loteprednol etabonate 99
lovastatin 53
low-ogestrel (28) 119
loxapine succinate 42
lubiprostone 73
luizza 119
LUMAKRAS 14
LUMIGAN 95
LUNSUMIO 14
LUNSUMIO VELO 14
LUPRON DEPOT 14, 79
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 14, 79
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 14
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 14
LUPRON DEPOT-PED 79
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 79
lurasidone 42
lutera (28) 119
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 14
LYBALVI 42
lyleq 119
LYNOZYFIC 14
LYNPARZA 14
LYSODREN 14
LYTGOBI 15
lyza 119

M
macitentan 101
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG 166
MAGELLAN SYRINGE 166
magnesium sulfate 191
malathion 72
maraviroc 138
MARGENZA 15
marlissa (28) 119
marnatal-f 197
MARPLAN 131
MATULANE 15
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 166
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 166
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 166
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 166
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 166
MAYZENT 61
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) 61
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) 61
meclizine 35
medroxyprogesterone 81
mefloquine 36
megestrol 15, 81
MEKINIST 15
MEKTOVI 15
meleya 119
meloxicam 103
memantine 26
MENACTRA (PF) 91
MENQUADFI (PF) 91
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 91
mercaptopurine 15
meropenem 109
mesalamine 57
mesna 100
metformin 27
methadone 105
methazolamide 95
methenamine hippurate 108
methimazole 76
methocarbamol 196
methotrexate sodium 15
methotrexate sodium (pf) 15
methoxsalen 71
methsuximide 126
methylphenidate hcl 61
methylprednisolone 78
methylprednisolone acetate 78
metoclopramide hcl 74
metolazone 54
metoprolol succinate 47
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 47
metoprolol tartrate 47
metronidazole 71, 107, 108
metronidazole in nacl (iso-os) 108
metyrosine 49
micafungin 133
miconazole-3 133
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 167
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE 167
microgestin 1.5/30 (21) 119
microgestin 1/20 (21) 119
microgestin fe 1.5/30 (28) 119
microgestin fe 1/20 (28) 119
midodrine 46
MIEBO (PF) 99
mifepristone 27
mili 120
mimvey 78
MINI ULTRA-THIN II 167
minocycline 114
minoxidil 56
MIPLYFFA 142
mirabegron 75
MIRENA 120
mirtazapine 131
misoprostol 72
mitoxantrone 15
MIUDELLA 120
M-M-R II (PF) 91
m-natal plus 197
modafinil 58
MODEYSO 15
moexipril 55
molindone 42
mometasone 69, 99
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING 168
MONOJECT INSULIN SYRINGE 167, 168
MONOJECT SYRINGE 167
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 183
mono-linyah 120
montelukast 65
morphine 105
MORPHINE 105
morphine concentrate 105
MOUNJARO 28
MOVANTIK 74
moxifloxacin 96, 113
moxifloxacin-sod.ace,sul-water 113
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 113
MRESVIA (PF) 91
MULTAQ 46
mupirocin 71
mycophenolate mofetil 85
mycophenolate mofetil (hcl) 85
mycophenolate sodium 85
mynatal 197

mynatal advance.....197
mynatal plus 197
mynatal-z 197
mynate 90 plus.....197
N
nabumetone 103
nafcillin.....112
naloxone 24
naltrexone.....24
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 168
NANO PEN NEEDLE 168
naproxen.....103
naratriptan 34
NATACYN 96
nateglinide.....28
NAYZILAM.....126
nebivolol.....48
nefazodone.....131
neomycin.....107
neomycin-bacitracin-poly-hc .96
neomycin-bacitracin-polymyxin 96
neomycin-polymyxin b-dexameth.....96
neomycin-polymyxin-gramicidin 96
neomycin-polymyxin-hc.....97
neo-polycin 97
neo-polycin hc 97
NERLYNX.....15
nevirapine.....138
newgen.....197
NEXLETOL 53
NEXLIZET.....53
NEXPLANON 120
niacin.....53
NICOTROL NS.....24
nifedipine.....51, 52
NIKTIMVO.....85
NILOTINIB D-TARTRATE..16
nilotinib hcl 16
nilutamide 16
NINLARO 16
nintedanib 63
nitazoxanide..... 36
nitisinone 195
nitrofurantoin macrocrystal 108
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 108
nitroglycerin 56, 100
NIVESTYM..... 194
NORDITROPIN FLEXPRO . 80
norelgestromin-ethin.estradiol 120
norethindrone (contraceptive) 120
norethindrone acetate..... 81
norethindrone-e.estradiol-iron 120
norgestimate-ethinyl estradiol 120
nortrel 1/35 (21) 120
nortrel 1/35 (28) 120
nortrel 7/7/7 (28) 120
nortriptyline..... 131
NORVIR..... 138
NOVOFINE 32..... 168
NOVOFINE AUTOCOVER168
NOVOFINE PLUS..... 168
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 31
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 31
NOVOLIN N FLEXPEN..... 31
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 31
NOVOLIN R FLEXPEN..... 31
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 31
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 31
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN..... 31
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100..... 31
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN..... 32
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 32
NUBEQA..... 16
NUCALA..... 63
NULOJIX..... 85
NUPLAZID..... 42
NURTEC ODT 34
nyamyc 133
nylia 1/35 (28)..... 121
nylia 7/7/7 (28)..... 121
nystatin..... 133, 134
nystatin-triamcinolone..... 134
nystop 134
NYVEPRIA 195
O
obstetrix dha..... 197
obstetrix dha prenatal duo... 197
octreotide acetate..... 80
ODEFSEY..... 138
ODOMZO..... 16
ofloxacin..... 97
OGIVRI..... 16
OGSIVEO..... 16
OJEMDA 16
OJJAARA 16
olanzapine..... 42
olmesartan..... 50
olmesartan-amlodipin-hcthiazid 50
olmesartan-hydrochlorothiazide 50
olopatadine 99
omega-3 acid ethyl esters..... 53
omeprazole..... 72
OMLYCLO..... 85
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) 169

OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5).....169
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5).....169
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS).....169
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....169
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4).....169
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4).....169
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....169
ONAPGO.....37
ondansetron.....35
ondansetron hcl.....35
ONUREG.....16
OPDIVO.....16
OPDIVO QVANTIG.....17
OPDUALAG.....17
OPIPZA.....43
ORENCIA.....85
ORENCIA (WITH MALTOSE).....85
ORENCIA CLICKJECT.....85
ORFADIN.....195
ORGOVYX.....80
ORILISSA.....80
ORKAMBI.....63
orquidea.....121
ORSERDU.....17
oseltamivir.....141
OSENVELT.....58
OTEZLA.....85
OTEZLA STARTER.....86
OTEZLA XR.....86
OTEZLA XR INITIATION...86
oxcarbazepine.....126
oxybutynin chloride.....75, 76
oxycodone.....105
oxycodone-acetaminophen.....105, 106
OZEMPIC.....28

P

pacerone.....47
paclitaxel protein-bound.....17
paliperidone.....43
PANRETIN.....71
pantoprazole.....73
paricalcitol.....58
paroxetine hcl.....131
PAXLOVID.....141
pazopanib.....17
PEDIARIX (PF).....91
PEDVAX HIB (PF).....91
peg 3350-electrolytes.....75
PEGASYS.....141
peg-electrolyte soln.....75
PEMAZYRE.....17
pemetrexed disodium.....17
PEMRYDI RTU.....17
PEN NEEDLE.....169, 170
PEN NEEDLE, DIABETIC 149, 160, 161, 167, 169, 172
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY.....173
PENBRAYA (PF).....91
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF).....91
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF).....91
penicillamine.....107
penicillin g potassium.....113
penicillin v potassium.....113
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF).....92
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF).....92
PENMENVY MENB COMPONENT (PF).....92
PENTACEL (PF).....92
pentamidine.....36
PENTIPS PEN NEEDLE.....170
pentoxifylline.....194
perampanel.....126
perindopril erbumine.....55
periogard.....67
permethrin.....72
perphenazine.....43
perphenazine-amitriptyline..131
PERSERIS.....43
phenelzine.....131
phenobarbital.....126
phenytek.....126
phenytoin.....126
phenytoin sodium.....126
phenytoin sodium extended..126
PIFELTRO.....138
pilocarpine hcl.....67, 95
pimecrolimus.....69
pimozide.....43
pimtrea (28).....121
pioglitazone.....28
pioglitazone-metformin.....28
PIP PEN NEEDLE.....170
piperacillin-tazobactam.....113
PIQRAY.....17
pirfenidone.....63
pitavastatin calcium.....53
PLEGRIDY.....62
pnv-dha + docusate.....197
pnv-omega.....197
podofilox.....71
polycin.....97
*polymyxin b sulf-trimethoprim*97
pomalidomide.....17
POMALYST.....17
portia 28.....121
posaconazole.....134
potassium chloride.....191
potassium citrate.....191, 192
pr natal 400.....197
pr natal 400 ec.....197
pr natal 430.....197

pr natal 430 ec.....197
pramipexole.....37
prasugrel hcl.....194
pravastatin.....53
praziquantel.....36
prazosin.....46
prednisolone.....78
prednisolone acetate.....99
prednisolone sodium phosphate.....78, 79
prednisone.....79
pregabalin.....127
PREMARIN.....78
PREMPHASE.....78
PREMPRO.....78
prenaissance.....198
prenaissance plus.....198
prenatabs fa.....198
prenatal 19.....198
prenatal 19 (with docusate)..198
prenatal plus.....198
prenatal plus (calcium carb) 197
prenatal vitamin plus low iron.....198
prenatal-u.....198
prevalite.....53
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE.....170
PREVYMIS.....141
PREZCOBIX.....138
PREZISTA.....138
PRIMAQUINE.....36
primidone.....127
PRIORIX (PF).....92
PRO COMFORT ALCOHOL PADS.....171
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....170, 171
PRO COMFORT PEN NEEDLE.....171
probenecid.....33
probenecid-colchicine.....33
prochlorperazine..... 35
prochlorperazine edisylate.... 35
prochlorperazine maleate..... 35
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS..... 171
procto-med hc..... 70
proctosol hc..... 70
proctozone-hc..... 70
PRODIGY INSULIN SYRINGE..... 171
progesterone micronized..... 81
PROGRAF..... 86
PROLASTIN-C..... 63
promethazine..... 35
promethegan..... 35
propafenone..... 47
propranolol..... 48
propylthiouracil..... 76
PROQUAD (PF)..... 92
protriptyline..... 131
PULMOZYME..... 195
PURE COMFORT ALCOHOL PADS..... 171
PURE COMFORT PEN NEEDLE..... 171, 172
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE..... 171
pyrazinamide..... 135
pyridostigmine bromide..... 100
pyrimethamine..... 36
Q
QINLOCK..... 17
QUADRACEL (PF)..... 92
quetiapine..... 43
quinapril..... 56
*quinapril-hydrochlorothiazide*56
quinidine sulfate..... 47
quinine sulfate..... 36
QULIPTA..... 34
R
RABAVERT (PF)..... 92
rabeprazole..... 73
RALDESY..... 131
raloxifene..... 78
ramipril..... 56
ranolazine..... 49
rasagiline..... 37
RASONQUE..... 18
RASUVO (PF)..... 86
RAYALDEE..... 58
reclipsen (28)..... 121
RECOMBIVAX HB (PF) 92, 93
RELENZA DISKHALER.... 141
repaglinide..... 28
REPATHA PUSHTRONEX.. 53
REPATHA SURECLICK..... 53
REPATHA SYRINGE..... 53
RETACRIT..... 195
RETEVMO..... 18
RETROVIR..... 138
REVCOVI..... 195
REVUFORJ..... 18
REXULTI..... 43
REYATAZ..... 138
REZDIFFRA..... 76
REZLIDHIA..... 18
REZUROCK..... 86
RHOPRESSA..... 95
ribavirin..... 142
rifabutin..... 135
rifampin..... 135
rifapentine..... 135
rilpivirine..... 138
rilpivirine hcl..... 138
riluzole..... 62
RINVOQ..... 86
RINVOQ LQ..... 86
risperidone..... 43, 44
risperidone microspheres..... 43
ritonavir..... 138
RITUXAN HYCELA..... 18
rivaroxaban..... 193
rivastigmine..... 27
rivastigmine tartrate..... 26

rizatriptan 34
r-natal ob 198
ROCKLATAN 95
roflumilast 63
ROMVIMZA 18
ropinirole 37
rosadan 71
rosuvastatin 53
ROTARIX 93
ROTATEQ VACCINE 93
ROZLYTREK 18
RUBRACA 18
rufinamide 127
RUKOBIA 139
RYBELSUS 28
RYBREVANT 19
RYBREVANT FASPRO 19
RYDAPT 19
RYKINDO 44
RYTELO 19
S
sacubitril-valsartan 50
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 172, 173
SAFETY PEN NEEDLE 173
SANTYL 71
sapropterin 195
SCEMBLIX 19
scopolamine base 35
SECUADO 44
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 173
SECURESAFE PEN NEEDLE 173
SELARSDI 86
select-ob 198
select-ob (folic acid) 198
selegiline hcl 37
selenium sulfide 71
SELZENTRY 139
se-natal 19 chewable 198
SEREVENT DISKUS 66
SEROSTIM 80
sertraline 131
setlakin 121
sevelamer carbonate 74
sevelamer hcl 74
SEZABY 127
sf 5000 plus 68
sharobel 121
SHINGRIX (PF) 93
SIGNIFOR 80
sildenafil 101
sildenafil (pulm.hypertension) 101
silver sulfadiazine 71
SIMBRINZA 95
simliya (28) 121
SIMPLI PEN NEEDLE 161
simvastatin 54
sirolimus 86, 87
SIRTURO 135
sitagliptin phos-metformin 28
sitagliptin phosphate 28
SKY SAFETY PEN NEEDLE 173
SKYLA 121
SKYRIZI 87
sodium chloride 0.45 % 192
sodium chloride 0.9 % 192
sodium fluoride-pot nitrate 68
sodium oxybate 58
sodium polystyrene sulfonate 74
sodium,potassium,mag sulfates 75
solifenacin 76
SOLIQUA 100/33 32
SOLTAMOX 19
SOMATULINE DEPOT 80
SOMAVERT 80
sorafenib 19
sotalol 48
sotalol af 48
SPIRIVA RESPIMAT 66, 67
spironolactone 54
spironolacton-hydrochlorothiaz 54
SPRAVATO 131
sprintec (28) 121
SPRITAM 127
sps (with sorbitol) 74
sronyx 121
ssd 71
stavudine 139
STERILE PADS 160
STIOLTO RESPIMAT 67
STIVARGA 19
STOBOCLO 58
STRENSIQ 196
streptomycin 107
STRIBILD 139
STRIVERDI RESPIMAT 67
subvenite 127
SUBVENITE 127
sucralfate 73
sulfacetamide sodium 97
sulfacetamide-prednisolone 97
sulfadiazine 113
sulfamethoxazole-trimethoprim 113, 114
sulfasalazine 57
sulindac 103
sumatriptan 34
sumatriptan succinate 34
sunitinib malate 19
SUNLENCA 139
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS 174
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 173
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 174
SURE COMFORT PEN NEEDLE 174, 175
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 173

SURE-FINE PEN NEEDLES 175
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 175
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS 175
SYMPAZAN 127
SYMTUZA 139
SYNJARDY 29
SYNJARDY XR 29
SYNRIBO 19
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY 173
T
TABLOID 19
TABRECTA 19
tacrolimus 70, 87
tadalafil 101
TAFINLAR 19
TAGRISSO 20
TALVEY 20
TALZENNA 20
tamoxifen 20
tamsulosin 75
tarina 24 fe 121
tarina fe 1-20 eq (28) 121
taron-c dha 198
taron-prex prenatal-dha 198
TAVNEOS 87
tazarotene 72
tazicef 110
taztia xt 48
TDVAX 93
TECHLITE INSULIN SYRINGE 176
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) ..175, 176
TECHLITE PEN NEEDLE ..176
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE 176
TECVAYLI 20
telmisartan 51
telmisartan-hydrochlorothiazid 51
temazepam 26
TENIVAC (PF) 93
tenofovir disoproxil fumarate 139
TEPMETKO 20
terazosin 75
terbinafine hcl 134
terconazole 107
teriparatide 58
TERUMO INSULIN SYRINGE 177
testosterone 77
testosterone cypionate 76
testosterone enanthate 76
tetrabenazine 62
tetracycline 114
TEVIMBRA 20
THALOMID 101
theophylline 67
THINPRO INSULIN SYRINGE 177
thioridazine 44
thiothixene 44
tiadylt er 49
tiagabine 127
TIBSOVO 20
ticagrelor 194
TICE BCG 20
TICOVAC 93
tigecycline 114
tilia fe 121
timolol 95
timolol maleate 48, 95
tinidazole 36
tiotropium bromide 67
TIVDAK 20
TIVICAY 139
TIVICAY PD 139
tizanidine 196
TOBI PODHALER 107
tobramycin 97
tobramycin in 0.225 % nacl 107
tobramycin sulfate 108
tobramycin-dexamethasone 97
tobramycin-lotepred 97
tofacitinib 87
tolterodine 76
tolvaptan (polycys kidney dis) 54
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 177
topiramate 127
toremifene 20
torpenz 20
torsemide 55
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 32
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 32
TRADJENTA 29
tramadol 106
tramadol-acetaminophen 106
trandolapril 56
tranexamic acid 192
tranylcypromine 131
travoprost 95
trazodone 132
TRECATOR 135
TRELEGY ELLIPTA 67
TRELSTAR 20
TREMFYA 87, 88
TREMFYA ONE-PRESS 87
TREMFYA PEN 88
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) 87
tretinoin 72
tretinoin (antineoplastic) 20
triamcinol ac (pf) in 0.9%nacl 70
triamcinolone acetonide ..68, 70, 79
triamterene-hydrochlorothiazid 55
tridacaine iii 106

trientine 107
tri-estarylla.....121
trifluoperazine 44
trifluridine 97
trihexyphenidyl 38
TRIJARDY XR.....29
TRIKAFTA 64
tri-legest fe.....121
tri-linyah.....122
tri-lo-estarylla 122
tri-lo-marzia 122
tri-lo-mili 122
tri-lo-sprintec 122
trimethoprim.....108
tri-mili.....122
trimipramine.....132
TRINTELLIX.....132
tri-nymyo 122
tri-sprintec (28) 122
TRIUMEQ.....139
TRIUMEQ PD.....139
trivora (28) 122
tri-vylibra 122
tri-vylibra lo 122
TRIZIVIR.....139
TROGARZO 139
trospium.....76
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS.....178
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....178
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 178, 179
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS.....179
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE.....177, 178, 179
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG 178, 179
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....178
TRUE-COMFORT PRO PEN NEEDLE..... 179
TRUEPLUS INSULIN..... 180
TRUEPLUS PEN NEEDLE179, 180
TRULANCE..... 74
TRULICITY 29
TRUMENBA..... 93
TRUQAP 20
TRUXIMA..... 21
TUKYSA 21
TURALIO..... 21
turqoz (28) 122
TWINRIX (PF)..... 93
tyblume..... 122
TYBOST..... 101
TYENNE 88
TYENNE AUTOINJECTOR 88
TYMLOS..... 58
TYPHIM VI..... 93
U
UBRELVY 34
UDENYCA ONBODY..... 195
ULTICARE 181, 182
ULTICARE INSULIN SYRINGE..... 181
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT)..... 181
ULTICARE PEN NEEDLE 181
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE..... 181
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR 182
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 182
ULTILET ALCOHOL SWAB 182
ULTILET INSULIN SYRINGE 163, 182, 183
ULTILET PEN NEEDLE.... 183
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)..... 161, 180
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 161, 183, 184
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) 184
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 184
ULTRA FLO PEN NEEDLE 184
ULTRA THIN PEN NEEDLE 184
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 184, 185
ULTRACARE PEN NEEDLE 185
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT)..... 185, 186
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 185, 186
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 186
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRN..... 186
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR..... 186, 187
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL..... 187
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES..... 187
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 187
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 187
UNIFINE PENTIPS..... 187
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW..... 188
UNIFINE PENTIPS PLUS . 188, 190
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW..... 188
UNIFINE PROTECT..... 188
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 188

UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 188, 189
UPTRAVI.....101, 102
ursodiol.....74
ustekinumab-aauz.....88
UZEDY 44, 45
V
valacyclovir 142
VALCHLOR 71
valganciclovir.....142
valproate sodium 127
valproic acid.....128
valproic acid (as sodium salt) 128
valsartan.....51
valsartan-hydrochlorothiazide 51
VALTOCO.....128
valtya 122
vancomycin.....108, 109
VANFLYTA 21
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE.....189
VANISHPOINT SYRINGE.189
VAQTA (PF).....93, 94
varenicline tartrate.....24, 25
VARIVAX (PF) 94
VAXCHORA VACCINE 94
VELTASSA 74
VEMLIDY 140
VENCLEXTA.....21
VENCLEXTA STARTING PACK 21
venlafaxine 132
VEOZAH 101
VEPPANU 21
verapamil.....49
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....189, 190
VERIFINE PEN NEEDLE..189, 190
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE..... 190
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP 190
VERQUVO..... 50
VERSACLOZ..... 45
VERSALON..... 190
VERZENIO 21
V-GO 20 190
V-GO 30 190
V-GO 40 190
vienva..... 122
vigabatrin..... 128
vigadrone 128
vigpoder 128
vilazodone..... 132
VIMKUNYA (PF)..... 94
vinorelbine 21
viorele (28) 122
VIRACEPT..... 140
VIREAD 140
vitafol gummies..... 198
vitafol-ob+dha..... 198
VITRAKVI..... 21
VIVIMUSTA..... 21
VIVOTIF 94
VIZIMPRO..... 22
VOCABRIA 140
volnea (28)..... 122
VONJO 22
VOQUEZNA..... 73
VORANIGO..... 22
voriconazole..... 134
VOSEVI..... 140
VOWST..... 101
vp-ch-pnv 198
VRAYLAR..... 45
VUMERITY 62
VYALEV..... 38
vylibra..... 122
VYLOY 22
VYNDAMAX 50
VYZULTA..... 95
W
warfarin..... 193
WEBCOL..... 190
WELIREG..... 22
WINREVAIR..... 64
wixela inhub..... 65
X
XALKORI..... 22
xarah fe 123
XARELTO..... 193
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START..... 193
XATMEP 22
XCOPRI..... 128
XCOPRI MAINTENANCE PACK..... 128
XCOPRI TITRATION PACK 128
XDEMVY 98
XERMELO 74
XIFAXAN..... 109
XIGDUO XR 29
XIIDRA..... 99
XOLAIR 64
XOSPATA 22
XPOVIO 22
XTANDI 23
xulane..... 123
XULTOPHY 100/3.6..... 32
Y
YERVOY 23
YESINTEK..... 88
YF-VAX (PF) 94
YONSA..... 23
YUFLYMA(CF) 88
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS..... 88
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR..... 88
yulithira..... 23
YUTREPIA..... 102

yuvafem.....78
Z
zafemy.....123
zafirlukast.....65
zaleplon.....58
zatean-pn dha.....198
zatean-pn plus.....198
ZEJULA.....23
ZELBORAF.....23
zenatane.....71
ZENBEXUS.....23
ZENPEP.....196
zidovudine.....140
ZIIHERA.....23
zingiber.....198
ziprasidone hcl.....45
ziprasidone mesylate.....45
ZIRABEV.....23
ZIRGAN.....98
ZOLADEX.....23
ZOLINZA.....23
zolpidem.....58
ZONISADE.....128
zonisamide.....129
zovia 1-35 (28).....123
ZTALMY.....129
ZTLIDO.....106
ZURZUVAE.....132
ZYDELIG.....23
ZYKADIA.....23
ZYNLONTA.....23
ZYNYZ.....24
ZYPREXA RELPREVV.....45



VERDA
HEALTH PLAN OF TEXAS

888-256-5123 TTY 711
www.verdahptx.com

HPMS Approved Formulary File Submission ID: 00026391 Version **18** Approved **10/20/2026**

This formulary was updated on **11/01/2026.** For more recent information or other questions, please contact Member Service at 1-888-256-5123 (TTY users should call 711), 7 days a week / 8am – 8pm PST, or visit www.verdahpazcom.

Hours of Operations:
8a – 8p, 7 days a week from October 1 - March 31
8a – 8p, Monday – Friday from April 1 – September 30