VERDA

HEALTH PLAN OF TEXAS

FORMULARIO (LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS)

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



ID de envío del archivo de formulario aprobado por HPMS: Versión 00027342 7 Aprobado10/23/2026. 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 Plan (HMO) H5163-001
Verda Noble Chronic Care Plan (HMO C-SNP) H5163-002
Condados de Fort Bend, Harris y Montgomery

Verda Noble Care Plan (HMO) H5163-003
Verda Noble Chronic Care Plan (HMO C-SNP) H5163-004
Condados de Dallas, Collin, Denton y Tarrant

H5163_VHT_2027_1211_FORM_C

2027

Verda Health Plan of Texas es una HMO con contrato de Medicare. La inscripción en Verda Health Plan of Texas depende de la renovación del contrato.

Plan de Salud Verda de Texas

2027 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 2027 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,

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**

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 2027 que estaba cubierto a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2027, 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	30%	30%	30%	30%
Tier 6 - Seleccionar medicamentos para el cuidado	N/A	$0	N/A	$0

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**

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	N/A	$0	N/A	$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

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**

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 20
Agentes Antiansiedad 21
Agentes Antidemencia 22
Agentes Antidiabetico 23
Agentes Antigota 29
Agentes Antihipoglicémicos 30
Agentes Antimigraña 30
Agentes Antinausea 31
Agentes Antiparasitarios 32
Agentes Antiparkinson 33
Agentes Antipsicóticos 34
Agentes Calóricos 41
Agentes Cardiovasculares 41
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica 52
Agentes De Trastorno De Sueño 53
Agentes Del Sistema Nervioso Central 53
Agentes Del Tracto Respiratorio 55
Agentes Dentales Y Orales 60
Agentes Dermatológicos 60
Agentes Gastrointestinales 64
Agentes Genitourinarios 68
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador 69
Agentes Inmunológicos 75
Agentes Oftálmicos 89
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta 91
Agentes Simpaticomiméticos (Adrenérgicos) 95

Agentes Terapeuticos Misceláneos 95
Agentes Vasodilatadores 96
Analgésicos 97
Anestésicos 101
Antagonistas De Metales Pesados 102
Antibacterianos 102
Anticonceptivos 109
Anticonvulsivos 119
Antidepresivos 124
Antifúngicos 128
Antihistamínicos 130
Antimicobacteriales 130
Antivirales (Sitémico) 131
Dispositivos 137
Parasimpaticomiméticos (Agentes Colinérgicos) 184
Preparaciones De Reemplazo 184
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen 185
Reemplazo/Modificadores De Enzima 188
Relajantes Musculares Esqueléticos 189
Vitaminas Y Minerales 189

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer			
Agentes Anti Cáncer			
abiraterone oral tablet 250 mg	(Abirtega)	4	PA NSO; 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; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)		5	PA NSO; NDS
anastrozole oral tablet 1 mg	(Arimidex)	1	
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG		5	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG		5	PA NSO; NDS; QL (66 per 28 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
azacitidine injection recon soln 100 mg	(Vidaza)	5	NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG		5	PA NSO; NDS; QL (84 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
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG		5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG		5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
bendamustine intravenous recon soln 25 mg	(Treanda)	4	PA NSO; NDS
BEQALZI ORAL TABLET 1 MG, 20 MG, 5 MG, 80 MG		5	PA NSO; NDS
BEQALZI STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 1-5-20-80 MG		5	PA NSO; NDS
BESREMI PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 500 MCG/0.5 ML		5	PA NSO; NDS; QL (1 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML		5	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
bexarotene oral capsule 75 mg	(Targretin)	l2	PA NSO
bexarotene topical gel 1 %	(Targretin)	5	PA NSO; NDS
bicalutamide oral tablet 50 mg	(Casodex)	l2	
bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit		l2	
bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg		4	PA NSO; NDS
bortezomib injection recon soln 3.5 mg	(Velcade)	5	PA NSO; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	(bosutinib)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 500 MG	(bosutinib)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
bosutinib oral tablet 100 mg	(Bosulif)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
bosutinib oral tablet 400 mg, 500 mg	(Bosulif)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; 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; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA NSO; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram	4	PA BvD; NDS
cyclophosphamide intravenous recon soln 2 gram, 500 mg	5	PA BvD; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml	5	PA BvD; NDS
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	l2	PA BvD; 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
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	3	PA BvD; ST
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg (Sprycel)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
dasatinib oral tablet 20 mg (Sprycel)	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
decitabine intravenous recon soln 50 mg	4	NDS
doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml (Caelyx)	5	PA BvD; 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
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ENSACOVE ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (270 per 30 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
erlotinib oral tablet 100 mg		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
erlotinib oral tablet 150 mg		5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
erlotinib oral tablet 25 mg		4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
etoposide intravenous solution 20 mg/ml	(Avopef)	12	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	(flutamide)	5	NDS
everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg	(Yulithira)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg	(Yulithira)	4	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 7.5 mg	(Yulithira)	4	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg	(Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
exemestane oral tablet 25 mg	(Aromasin)	12	
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG		5	PA BvD; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG		3	PA BvD
floxuridine injection recon soln 0.5 gram		12	PA BvD
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; 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
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml (Cligavyx)	4	NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
gefitinib oral tablet 250 mg (Iressa)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG (afatinib)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
hydroxyurea oral capsule 500 mg (Hydrea)	l2	
HYRNUO ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	l2	PA NSO; QL (180 per 30 days)
imatinib oral tablet 400 mg	(Gleevec)	l2	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG		5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML		5	PA NSO; NDS; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG		5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML		5	PA NSO; NDS; QL (280 per 28 days)
INLEXZO INTRAVESICAL IMPLANT 225 MG		5	PA BvD; NDS
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG		5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG		5	PA NSO; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG		5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; 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; NDS; QL (30 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
JIDEYTRO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	5	PA NSO; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	4	PA BvD; ST; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML	5	PA NSO; NDS
KISQALI 200 MG DAILY DOSE 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; 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; 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; 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; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NDS; QL (63 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
KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA NSO; NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 5 MG		5	PA NSO; NDS; QL (600 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 7.5 MG		5	PA NSO; NDS; QL (390 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG		5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
lapatinib oral tablet 250 mg	(Tykerb)	5	PA NSO; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG		5	PA NSO; 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; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)		5	PA NSO; NDS
letrozole oral tablet 2.5 mg	(Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		5	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

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
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; NDS
lomustine oral capsule 10 mg, 40 mg (Gleostine)	4	NDS
lomustine oral capsule 100 mg (Gleostine)	5	NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA NSO; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA NSO; NDS; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO VELO SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/ML, 5 MG/0.5 ML	5	PA BvD; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	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
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG		5	PA NSO; NDS
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	(leuprolide acetate (3 month))	4	PA NSO; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		5	NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)		5	PA NSO; NDS; QL (140 per 28 days)
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		5	NDS
megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg		l2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML		5	PA NSO; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG		5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml	(Purixan)	5	NDS
mercaptopurine oral tablet 50 mg		l2	
methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram		l2	
methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml		l2	
methotrexate sodium injection solution 25 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
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	12	PA BvD; ST
mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml	12	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA NSO; NDS; QL (20 per 28 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg (Tasigna)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
nilotinib hcl oral capsule 50 mg (Tasigna)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
nilutamide oral tablet 150 mg	5	NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	5	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (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
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	5	PA NSO; NDS
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG-5,000 UNIT/2.5 ML, 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg (Abraxane)	5	PA BvD; NDS
pazopanib oral tablet 200 mg (Votrient)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
pazopanib oral tablet 400 mg	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 100 mg	4	NDS
pemetrexed disodium intravenous recon soln 500 mg, 750 mg	5	NDS
pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml	5	NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
pomalidomide oral capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg (Pomalyst)	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (pomalidomide)	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RASONQUE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
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; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; 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
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG		5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML		5	NDS
sorafenib oral tablet 200 mg	(Nexavar)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	(Sutent)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	(thioguanine)	5	NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG		5	PA NSO; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg		l2	
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG		4	NDS
toremifene oral tablet 60 mg	(Fareston)	4	NDS
torpenz oral tablet 10 mg	(everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg (everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg	5	NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (64 per 28 days)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS
VEPPANU ORAL TABLET 100 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; 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; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (300 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
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	5	PA NSO; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 50 MG	5	PA NSO; 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; 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; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	5	PA NSO; 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; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; 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
XTANDI ORAL TABLET 40 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG	(abiraterone, submicronized)	5	PA NSO; 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; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ZENBEXUS ORAL CAPSULE 0.75 MG, 1 MG		5	PA NSO; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML		5	PA BvD; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		5	PA NSO; NDS; QL (84 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

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-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	(Suboxone)	4	NDS
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg		l2	
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg		l2	
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		l2	
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml		4	NDS
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml		l2	
naltrexone oral tablet 50 mg		l2	
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)
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)

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
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		4	NDS; 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)
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)	l2	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
temazepam oral capsule 7.5 mg	(Restoril)	l2	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Antidemencia			
Agentes Antidemencia			

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
donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg	(Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet 23 mg	(Aricept)	l2	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)
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 360 MG/1.8 ML		5	PA; NDS; QL (7.2 per 28 days)
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 500 MG/2.5 ML (250MG/1.25MLX2)		5	PA; NDS; QL (10 per 28 days)
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg		l2	ST; 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
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)

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
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	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	(dapagliflozin)	3	QL (30 per 30 days)
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 tablet 1,000 mg		1	QL (75 per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg		1	QL (150 per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg		1	QL (90 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg		1	QL (120 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg		1	QL (60 per 30 days)
mifepristone oral tablet 300 mg	(Korlym)	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg		l2	QL (90 per 30 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	(Actos)	1	QL (30 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg		l2	QL (90 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg	(Actoplus MET)	l2	QL (90 per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg		l2	QL (120 per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg		l2	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
sitagliptin phos-metformin oral tablet 50-1,000 mg, 50-500 mg	(Janumet)	2	QL (60 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 100-1,000 mg	(Janumet XR)	2	QL (30 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 50-1,000 mg, 50-500 mg	(Janumet XR)	2	QL (60 per 30 days)
sitagliptin phosphate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Januvia)	2	QL (30 per 30 days)
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)
Insulinas			
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; 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 PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (24 per 28 days)
insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)	(Semglee(insulin glarg-yfgn)Pen)	3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (30 per 28 days)
insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml	(Semglee(insulin glargine-yfgn))	3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (40 per 28 days)
insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml	(Admelog U-100 Insulin lispro)	3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; 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)	3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine)	3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)		3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)		3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; 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
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin aspart u-100)	3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	(insulin asp prt-insulin aspart)	3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	(insulin asp prt-insulin aspart)	3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	(insulin aspart u-100)	3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin aspart u-100)	3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (40 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML		3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (15 per 25 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply or the lesser of 25% of the cost of the drug; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas			
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg		1	QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg		1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg		1	QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 2.5 mg		1	QL (90 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg		1	QL (240 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg		1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg		1	QL (30 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg		l2	QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg		l2	QL (120 per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Agentes Antigota			

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 Antigota, Otros			
allopurinol oral tablet 100 mg	(Zyloprim)	1	
allopurinol oral tablet 300 mg		1	
colchicine oral tablet 0.6 mg	(Colcrys)	2	QL (120 per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	(Uloric)	4	NDS; QL (30 per 30 days)
probenecid oral tablet 500 mg		2	
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg		4	NDS
Agentes Antihipoglicémicos			
Agentes Antihipoglicémicos, Varios			
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	(Proglycem)	5	NDS
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)	2	PA; 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)
naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg		2	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)

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
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 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)	4	NDS; 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 (8 per 28 days)
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	

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
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 oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	PA-HRM; 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
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)

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
hydroxychloroquine oral tablet 400 mg		12	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
ivermectin oral tablet 3 mg	(Stromectol)	12	
ivermectin oral tablet 6 mg		4	NDS
mefloquine oral tablet 250 mg		12	
nitazoxanide oral tablet 500 mg	(Alinia)	5	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; NDS
quinine sulfate oral capsule 324 mg	(Qualaquin)	4	PA; NDS
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg		4	NDS
Agentes Antiparkinson			
Agentes Antiparkinson			
amantadine hcl oral capsule 100 mg		12	
amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml		12	
amantadine hcl oral tablet 100 mg		12	
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	

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
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	l2	
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	4	NDS
entacapone oral tablet 200 mg	4	NDS
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML	5	PA; 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	1	
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Azilect)	l2	
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	1	
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg	l2	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	l2	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	l2	
trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg	l2	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	5	PA; NDS; QL (560 per 28 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	5	NDS; QL (3.2 per 42 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
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	5	NDS; QL (2 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5	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)	l2	
aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg	4	ST; NDS; QL (90 per 30 days)
aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NDS; QL (3.2 per 14 days)
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Saphris)	4	NDS; QL (60 per 30 days)
BYSANTI ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; 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
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; NDS; QL (30 per 30 days)
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	4	NDS
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	4	NDS
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Clozaril)	l2	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	4	ST; NDS; QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	4	ST; NDS; QL (180 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	4	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	5	ST; NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; 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

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
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
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	4	NDS
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg	12	
fluphenazine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	4	NDS
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	4	NDS
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	NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 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 SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	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	NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	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, 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	NDS; QL (30 per 30 days)
molindone oral tablet 10 mg, 5 mg	4	NDS; QL (120 per 30 days)
molindone oral tablet 25 mg	4	NDS; QL (270 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	2	
olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	(Zyprexa Zydis)	4	NDS
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG		5	ST; NDS
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg		4	NDS; QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg	(Invega)	4	NDS; QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	(Invega)	4	NDS; QL (60 per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg		2	
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 extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel XR)	2	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	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	NDS; QL (2 per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	(Risperdal)	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
risperidone oral tablet 0.25 mg		1	
risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Risperdal)	1	
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg		4	NDS; QL (60 per 30 days)
risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg		4	NDS; QL (120 per 30 days)
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	(risperidone microspheres)	5	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; 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	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	ST; 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		3	QL (30 per 30 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	(Geodon)	l2	
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	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
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG		5	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
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %		4	PA BvD; NDS
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution	(d5 % and 0.9 % sodium chloride)	l2	
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	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution		l2	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION		4	PA BvD; NDS
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

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
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
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg		l2	
midodrine oral tablet 10 mg		4	NDS
midodrine oral tablet 2.5 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)	l2	
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg		l2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		3	
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 Alfa-Adrenérgicos			
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Cardura)	1	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg		l2	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos			
acebutolol oral capsule 200 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
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 tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg	(Lopressor)	1	
metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg		1	
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 solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)		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		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
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio			
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Norvasc)	1	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg	(Lotrel)	1	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg		1	
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	(Azor)	l2	
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	(Exforge)	l2	
amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	(Exforge HCT)	4	NDS
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		4	NDS
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	
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 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
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg	(Procardia XL)	l2	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 90 mg		l2	
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg		l2	
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	(diltiazem hcl)	l2	
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			
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	(Lanoxin)	1	
icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	(Firazyr)	5	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg	(Corlanor)	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
metyrosine oral capsule 250 mg		5	PA; NDS
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	(Nitro-Dur)	l2	
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg		l2	
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG		5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii			
candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	(Atacand)	l2	
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	(Atacand HCT)	l2	
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg	(Avapro)	1	
irbesartan oral tablet 75 mg		1	
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	(Avalide)	l2	
losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Cozaar)	1	
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	(Hyzaar)	1	
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Benicar)	1	
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)	l2	
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	(Benicar HCT)	l2	
sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg	(Entresto)	l2	QL (180 per 30 days)
sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg	(Entresto)	l2	QL (60 per 30 days)
telmisartan oral tablet 20 mg		l2	
telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg	(Micardis)	l2	
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg	(Micardis HCT)	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
valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg	(Diovan)	l2	
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	(Diovan HCT)	l2	
Dislipidémicos			
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	(Caduet)	l2	
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg		l2	
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lipitor)	1	
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 tablet 625 mg	(WelChol)	l2	
colestipol oral packet 5 gram		4	NDS
colestipol oral tablet 1 gram	(Colestid)	4	NDS
ezetimibe oral tablet 10 mg	(Zetia)	1	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg	(Vytorin 10-10)	l2	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg	(Vytorin 10-20)	l2	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg	(Vytorin 10-40)	l2	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg	(Vytorin 10-80)	l2	QL (30 per 30 days)
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg		1	
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg		1	
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg		1	
fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg		l2	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
fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg	(Lescol XL)	l2	
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		1	
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		1	
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)	1	
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Zocor)	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
simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg	1	
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 50 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; QL (0.8 per 28 days)
Diuréticos		
amiloride oral tablet 5 mg	1	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	2	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	1	
furosemide injection solution 10 mg/ml	1	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	1	
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	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Aldactone)	1	
spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg	2	
tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 15 mg, 30 mg (Jynarque)	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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; NDS; QL (56 per 28 days)
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)	1	
benazepril oral tablet 5 mg		1	
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Lotensin HCT)	l2	
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg		l2	
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		l2	
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Vasotec)	1	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg	(Vaseretic)	1	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg		1	
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		1	
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg		l2	
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	(Zestril)	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
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Zestoretic)	1	
moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg		l2	
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg		l2	
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg		1	
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg		l2	
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg		l2	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona			
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg	(Tekturna)	4	NDS
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg		l2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores			
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		1	
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	

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)
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
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		1	
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		1	QL (1 per 28 days)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)		5	PA; NDS
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg	(Zemplar)	4	NDS
paricalcitol oral capsule 4 mcg		4	NDS
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG		5	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; NDS; QL (2.24 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)		5	PA; NDS; QL (1.56 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 De Trastorno De Sueño			
Agentes De Trastorno De Sueño			
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	(Nuvigil)	l2	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)	l2	PA; QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	(Provigil)	l2	PA; QL (60 per 30 days)
sodium oxybate oral solution 500 mg/ml	(Xyrem)	5	PA; 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)
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; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG		5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG		5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG		5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5	PA; NDS; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	5	PA; NDS
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg (Adderall XR)	2	QL (30 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg (Adderall XR)	2	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)	2	QL (60 per 30 days)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg (Intuniv ER)	2	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)-80 MG (21)	5	PA; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 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)	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
lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg		l2	
lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml		4	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)
riluzole oral tablet 50 mg		4	NDS
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	(Xenazine)	4	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG		4	PA; NDS; QL (30 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
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG		5	NDS; QL (560 per 28 days)
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml		l2	PA BvD
JASCAYD ORAL TABLET 18 MG, 9 MG		5	PA; 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; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
nintedanib oral capsule 100 mg, 150 mg	(Ofev)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	(nintedanib)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
pirfenidone oral capsule 267 mg		l2	PA; QL (270 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 267 mg	(Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 534 mg		5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 801 mg	(Esbriet)	l2	PA; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML		5	PA BvD; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		5	PA BvD; 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)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)		5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)		5	PA; 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; NDS; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG		5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		5	PA; 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
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION	(fluticasone furoate)	3	QL (30 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/ACTUATION	(fluticasone furoate)	3	QL (30 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)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation		4	NDS; QL (12 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation		4	NDS; QL (24 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation		4	NDS; QL (21.2 per 30 days)
Antileucotrinos			
montelukast oral tablet 10 mg	(Singulair)	1	
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	(Singulair)	1	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg		4	NDS
Broncodilatadores			
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)
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)
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)
breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	(budesonide-formoterol)	4	NDS; QL (30.9 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)
fluticasone furoate-vilanterol inhalation blister with device 100-25 mcg/dose, 200-25 mcg/dose	(Breo Ellipta)	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
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)
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)
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, 450 mg		4	NDS
theophylline oral tablet extended release 12 hr 200 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)

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
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG		3	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)
Agentes Dentales Y Orales			
Agentes Dentales Y Orales			
cevimeline oral capsule 30 mg	(Evoxac)	4	NDS
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	(Periogard)	1	
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	(chlorhexidine gluconate)	1	
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg	(Salagen (pilocarpine))	l2	
pilocarpine hcl oral tablet 7.5 mg	(Salagen (pilocarpine))	4	NDS
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 %		l2	
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %		l2	
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %		l2	
betamethasone valerate topical cream 0.1 %		l2	
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %		l2	
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %		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
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %		12	
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 %		12	
clobetasol topical cream 0.05 %		12	
clobetasol topical gel 0.05 %		4	NDS
clobetasol topical ointment 0.05 %		12	
clobetasol topical shampoo 0.05 %	(Clodan)	4	NDS
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %		4	NDS
diclofenac sodium topical drops 1.5 %		12	QL (300 per 30 days)
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)		4	PA; NDS; QL (224 per 28 days)
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 %		12	
fluocinonide topical cream 0.1 %	(Vanos)	12	
fluocinonide topical gel 0.05 %		4	NDS
fluocinonide topical ointment 0.05 %		12	
fluocinonide topical solution 0.05 %		12	
fluticasone propionate topical cream 0.05 %		12	
halobetasol propionate topical cream 0.05 %		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
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %		l2	
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 %		l2	
mometasone topical cream 0.1 %		l2	
mometasone topical ointment 0.1 %		l2	
mometasone topical solution 0.1 %		l2	
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	
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
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %		4	PA; 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
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 %, 5 %		4	NDS
imiquimod topical cream in packet 5 %		l2	QL (24 per 30 days)
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %		5	ST; NDS; QL (5 per 5 days)
methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg		5	NDS
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	(Rectiv)	4	NDS; QL (30 per 30 days)
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %		5	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)
selenium sulfide topical lotion 2.5 %		l2	
silver sulfadiazine topical cream 1 %	(SSD)	l2	
ssd topical cream 1 %	(silver sulfadiazine)	4	NDS
tazarotene topical cream 0.1 %	(Tazorac)	4	NDS
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	(Retin-A)	4	PA; NDS
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %		5	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
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(isotretinoin)	4	NDS
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
acyclovir topical ointment 5 %	(Zovirax)	2	QL (30 per 30 days)
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	(Cleocin)	2	
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	(Vandazole)	2	
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %		2	
terconazole vaginal suppository 80 mg		4	NDS
Antibacterianos Dermatológicos			
clindamycin phosphate topical solution 1 %		2	QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 %	(Clindacin ETZ)	2	
erythromycin with ethanol topical solution 2 %		2	
gentamicin topical cream 0.1 %		2	QL (90 per 30 days)
metronidazole topical cream 0.75 %	(Rosadan)	2	
metronidazole topical gel 0.75 %	(Rosadan)	4	NDS
metronidazole topical gel 1 %		4	NDS
mupirocin topical ointment 2 %	(Centany)	1	QL (220 per 30 days)
rosadan topical cream 0.75 %	(metronidazole)	4	NDS
Escabicidas Y Pediculicidas			
malathion topical lotion 0.5 %	(Ovide)	2	
permethrin topical cream 5 %		2	QL (60 per 30 days)
Agentes Gastrointestinales			
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos			
cimetidine hcl oral solution 300 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
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg	(Acid Reducer (esomeprazole))	1	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	(Nexium)	1	
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))	2	QL (30 per 30 days)
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	(Prevacid)	2	QL (60 per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	(Cytotec)	2	
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg		1	
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg	(Protonix)	1	
rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	(AcipHex)	2	
sucralfate oral tablet 1 gram	(Carafate)	2	
TALICIA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 10-250-12.5 MG		4	NDS; QL (168 per 14 days)
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		4	PA; NDS
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Lotronex)	4	NDS
balsalazide oral capsule 750 mg	(Colazal)	4	NDS
budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg		2	
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

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
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	(Apriso)	4	NDS
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram	(Lialda)	4	NDS; QL (120 per 30 days)
mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml	(Rowasa)	4	NDS
mesalamine rectal suppository 1,000 mg	(Canasa)	4	NDS
sulfasalazine oral tablet 500 mg	(Azulfidine)	l2	
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	(Azulfidine EN-tabs)	4	NDS
Agentes Gastrointestinales, Otros			
bismuth subcit k-metronidz-tcn oral capsule 140-125-125 mg	(Pylera)	4	NDS; QL (168 per 14 days)
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg		l2	
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg		l2	
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	(Carbaglu)	5	PA; 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

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
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		3	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM		3	QL (30 per 30 days)
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)
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)
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram	(Renvela)	l2	
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	(Renvela)	l2	
sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg		l2	
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 300 mg		l2	
ursodiol oral tablet 250 mg		l2	
ursodiol oral tablet 500 mg	(URSO Forte)	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
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM		3	
VOWST ORAL CAPSULE 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL		5	PA; NDS; QL (12 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
Laxantes			
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)	1	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	

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
darifenacin oral tablet extended release 24 hr 15 mg, 7.5 mg		12	
fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg	(Toviaz)	12	
flavoxate oral tablet 100 mg		4	NDS
mirabegron oral tablet extended release 24 hr 25 mg, 50 mg	(Myrbetriq)	12	
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml		12	
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg		1	
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg		12	
solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg	(Vesicare)	12	
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg		12	
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg		12	
trospium oral tablet 20 mg		12	
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)	12	
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	(Liomny)	12	
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg		1	
propylthiouracil oral tablet 50 mg		12	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; NDS
Andrógenos			

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
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)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	(Vogelxo)	4	PA; NDS; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	(AndroGel)	4	PA; NDS; QL (150 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)		4	PA; NDS; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)	(Vogelxo)	4	PA; NDS; 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)	l2	PA-HRM; 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)

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 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)	4	NDS; QL (18 per 28 days)
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg	(Abigale Lo)	l2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg	(Abigale)	l2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	(estradiol-norethindrone acet)	l2	PA-HRM; 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)	4	NDS; 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	

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
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG		5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
ISTURISA ORAL TABLET 5 MG		5	PA; NDS; QL (360 per 30 days)
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)		4	NDS
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml		4	NDS
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)		4	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	
TARPEYO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 4 MG		5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml	(Kenalog)	l2	
Miméticos De Incretina			
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)

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
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)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	3	PA; QL (30 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)
WEGOVY ORAL TABLET 1.5 MG, 25 MG, 4 MG, 9 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML	3	PA; QL (3 per 28 days)
Pituitario		
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; 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; NDS
lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml (Somatuline Depot)	5	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	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
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA; NDS
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NDS
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml	l2	
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml (Sandostatin)	l2	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML (lanreotide)	5	PA NSO; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML (lanreotide)	5	PA NSO; NDS; QL (0.3 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
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; 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	
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	(Depo-Provera)	1	
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	(Depo-Provera)	l2	
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Provera)	1	
megestrol 400 mg/10 ml susp cup outer 400 mg/10 ml (10 ml)		l2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)		l2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
megestrol oral suspension 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			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML		5	PA; NDS
adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml	(Yuflyma(CF) Autoinjector)	5	PA; NDS
adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml	(adalimumab-aaty(CF) AI Crohns)	5	PA; NDS
adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml	(Yuflyma(CF))	5	PA; 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
adalimumab-aaty(cf) ai crohns subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml	(adalimumab-aaty)	5	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG		5	PA; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML		5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML		5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
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; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML		5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		5	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML		5	PA; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML		5	PA; 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

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
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	(Neoral)	4	PA BvD; NDS
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	(Sandimmune)	4	PA BvD; NDS
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)	4	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML		5	PA; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML		5	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)		5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML		5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)		5	PA; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)		5	PA; NDS
ENTYVIO INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG		5	PA; NDS
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 108 MG/0.68 ML		5	PA; NDS
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG		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
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg	(Zortress)	4	PA BvD; NDS
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 1 mg	(Zortress)	5	PA BvD; NDS
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML		5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML		5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
fingolimod oral capsule 0.5 mg	(Gilenya)	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)		5	PA BvD; 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
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	(Glatopa)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	(Glatopa)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml	(glatiramer)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml	(glatiramer)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8 ML		5	PA; NDS
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML		5	PA; NDS
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4 ML	(adalimumab-bwwd)	5	PA; NDS
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	(adalimumab-bwwd)	5	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML		5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML		5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML		5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML		5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML		5	PA; 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; 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; NDS; Only NDCs starting with 00074
infliximab intravenous recon soln 100 mg	(Remicade)	5	PA; NDS
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML		5	PA; NDS; QL (1.2 per 28 days)
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML		5	PA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML		5	PA; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML		5	PA; 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)	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
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml	(CellCept)	4	PA BvD; NDS
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	(CellCept)	l2	PA BvD
mycophenolate sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg	(Myfortic)	l2	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		5	PA NSO; NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML		5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG		5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML		5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML		5	PA; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OMLYCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		5	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG		5	PA; NDS
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; NDS
OTEZLA XR INITIATION ORAL TABLET AND TABLET ER DOSE PACK 10-20-30-75 MG		5	PA; NDS
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 75 MG		5	PA; NDS
OTULFI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML		5	PA; 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
OTULFI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	3	PA
OTULFI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aauz) SYRINGE 45 MG/0.5 ML	3	PA
OTULFI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aauz) SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML-94 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD; NDS
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NDS
SAPHNELO PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 120 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; QL (3.2 per 28 days)
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; 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; 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 solution 1 mg/ml		4	PA BvD; NDS
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		4	PA BvD; NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML		5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 55 MG/0.37 ML		5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)		5	PA; 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, 5 mg	(Astagraf XL)	l2	PA BvD
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %		4	NDS; QL (100 per 30 days)
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG		5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
tofacitinib oral solution 1 mg/ml	(Xeljanz)	5	PA; NDS
tofacitinib oral tablet 10 mg, 5 mg	(Xeljanz)	5	PA; NDS
tofacitinib oral tablet extended release 24 hr 11 mg, 22 mg	(Xeljanz XR)	5	PA; 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 INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	5	PA; NDS
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5	PA; NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	5	PA; NDS
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; 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; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; 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; 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
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML	5	PA; NDS
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML	5	PA; NDS
Vacunas		
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

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
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)
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

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
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
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	
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

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
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
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	

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
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
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

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
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	
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		

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
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg		l2	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg		l2	
acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg		l2	
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %		4	NDS
bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.01 %	(Lumigan)	4	NDS
bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %		4	NDS; QL (2.5 per 25 days)
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Alphagan P)	4	NDS
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %	(Alphagan P)	l2	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %		l2	
brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %	(Combigan)	4	NDS
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Azopt)	4	NDS
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %		1	
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %		l2	
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml	(Cosopt)	1	
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %	(Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %		l2	
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg		4	NDS
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %		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
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)	4	NDS; 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		
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

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-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-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml		12	
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)	12	
neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	(neomycin-bacitracin-polymyxin)	12	
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Ocuflox)	12	
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %		12	
polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	(bacitracin-polymyxin b)	12	
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml		1	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %		12	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 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
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %		1	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %		l2	
tobramycin-lotepred ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.5 %	(Zylet)	4	NDS
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %		l2	
XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %		5	PA; 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 %		4	NDS
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %		l2	
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	(Durezol)	4	NDS
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %		3	QL (8.3 per 14 days)
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)		4	NDS; QL (50 per 25 days)
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %	(DermOtic Oil)	l2	
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	(FML Liquifilm)	4	NDS
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %		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
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)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %		3	QL (5 per 16 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %	(Lotemax)	4	NDS; QL (10 per 14 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %		4	ST; NDS
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %		4	NDS; QL (15 per 19 days)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %		3	QL (12 per 28 days)
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	(Allergy Nasal (mometasone))	l2	QL (34 per 30 days)
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %		l2	
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Pred Forte)	l2	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)		l2	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %		3	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios			
atropine 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
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)		12	QL (60 per 30 days)
azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)	(Astepro Allergy)	12	QL (30 per 25 days)
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %		12	
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %		12	
epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %		4	NDS
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)		12	QL (30 per 28 days)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)		12	QL (15 per 10 days)
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	12	
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	(Advanced Eye Relief (olopatad))	12	
Agentes Simpaticomiméticos (Adrenérgicos)			
Agentes Simpaticomiméticos (Adrenérgicos)			
droxidopa oral capsule 100 mg, 300 mg	(Northera)	4	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
droxidopa oral capsule 200 mg	(Northera)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
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)
Agentes Terapeuticos Misceláneos			

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			
BAQSIMI NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION		3	
betaine oral powder 1 gram/scoop	(Cystadane)	5	PA; NDS
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg		1	
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg	(Ampyra)	2	PA; QL (60 per 30 days)
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram	(Endari)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML		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, 25 mg, 50 mg		1	
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		2	
mesna oral tablet 400 mg	(Mesnex)	4	NDS
Agentes Vasodilatadores			
Agentes Vasodilatadores			
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
alyq oral tablet 20 mg	(tadalafil (pulm. hypertension))	2	PA; QL (60 per 30 days)
ambrisentan oral tablet 10 mg	(Letairis)	4	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
ambrisentan oral tablet 5 mg	(Letairis)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
macitentan oral tablet 10 mg	(Opsumit)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	(Revatio)	l2	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; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 100 MCG		5	PA; NDS; QL (480 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 150 MCG		5	PA; NDS; QL (300 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG		5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)		5	PA; NDS
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 106 MCG, 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG		5	PA; 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 potassium oral tablet 50 mg		l2	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 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
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-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg	(Arthrotec 50)	4	NDS
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg	(Arthrotec 75)	4	NDS
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg		l2	
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, 600 mg, 800 mg	(ibuprofen)	1	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml	(Children's Advil)	l2	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 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	

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
Analgésicos, Varios			
acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5 ml cup inner 300 mg-30 mg /12.5 ml		4	NM; NDS; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml		4	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)
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 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)

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
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)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Dilaudid)	l2	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
methadone oral solution 10 mg/5 ml		l2	NM; NDS; QL (600 per 30 days)
methadone oral solution 5 mg/5 ml		l2	NM; NDS; QL (1200 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		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 200 mg		4	NM; NDS; QL (60 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)

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 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)
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)	4	NDS; 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 %		l2	PA; 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)

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
Antagonistas De Metales Pesados			
Antagonistas De Metales Pesados			
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu Sprinkle)	5	PA; NDS
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu)	l2	PA
penicillamine oral tablet 250 mg	(Depen Titratabs)	5	PA; NDS
trientine oral capsule 250 mg	(Syprine)	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
Antibacterianos			
Aminoglicósidos			
amikacin injection solution 500 mg/2 ml		4	NDS
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML		5	PA; NDS; QL (235.2 per 28 days)
gentamicin injection solution 40 mg/ml		l2	
gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml		l2	
neomycin oral tablet 500 mg		l2	
streptomycin intramuscular recon soln 1 gram		5	NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG		5	NDS; QL (224 per 28 days)
tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml	(Tobi)	5	PA BvD; NDS
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	

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
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)	4	NDS
daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg		4	PA BvD; NDS
fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram		4	NDS
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	(Zyvox)	4	PA BvD; NDS
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	(Zyvox)	5	NDS
linezolid oral tablet 600 mg		4	NDS
methenamine hippurate oral tablet 1 gram		l2	
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	(Metro I.V.)	l2	PA BvD
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg		l2	
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)
SIVEXTRO INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG		5	PA BvD; NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG		5	NDS
trimethoprim oral tablet 100 mg		l2	
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 500 mg, 750 mg		4	PA BvD; NDS
vancomycin oral capsule 125 mg	(Vancocin)	4	NDS; QL (77 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
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	3	PA; 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; LA; NDS
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	4	PA BvD; NDS
ertapenem injection recon soln 1 gram	4	NDS
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg	4	PA BvD; NDS
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg (Primaxin IV)	4	PA BvD; NDS
meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg	l2	PA BvD
meropenem intravenous recon soln 2 gram	4	PA BvD; 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	
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	PA BvD; 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	PA BvD; 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
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	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
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	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		l2	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 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)	l2	
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	
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
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	

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 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	PA BvD; NDS
Quinolonas			
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg	(Cipro)	l2	
ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg		l2	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml		l2	PA BvD
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml		l2	PA BvD
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg		l2	
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, p/f, inner		4	PA BvD; NDS
moxifloxacin oral tablet 400 mg		4	NDS
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml		4	PA BvD; NDS
Sulfonamidas			
sulfadiazine oral tablet 500 mg		5	NDS
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml	(Sulfatrim)	l2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg	(Bactrim)	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg	(Bactrim DS)	1	
Tetraciclinas			
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	(doxycycline hyclate)	4	PA BvD; NDS
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	(Doxy-100)	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
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		4	NDS
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	(Tygacil)	4	PA BvD; NDS
Anticonceptivos			
Anticonceptivos			
afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
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	
amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	l2	
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
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)	1	
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)	1	
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)	1	
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
camila oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	l2	
camrese lo oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
camrese oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
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	
daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
deblitane oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
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	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg	(Lo-Zumandimine (28))	1	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg	(Ocella)	1	
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))	1	
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	

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
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
errin oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
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	
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)	1	
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)	1	
hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
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))	1	
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))	1	
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	

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
jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
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)	1	
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	
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
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)	1	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		4	NDS
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	(Camrese Lo)	1	QL (91 per 84 days)
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg	(Rivelsa)	1	QL (91 per 84 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(Amethia)	1	QL (91 per 84 days)
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)	1	
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)	1	
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	(Aviane)	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg	(Altavera (28))	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)	(Amethyst (28))	4	NDS
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Setlakin)	1	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	

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
lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	l2	
lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
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)	1	
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)	1	
meleya oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
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)	1	
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
mili oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG		4	NDS
MIUDELLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 175 SQUARE MM		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
mono-linyah oral tablet 0.25-0.035 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG		3	
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
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	(Deblitane)	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Blisovi Fe 1/20 (28))	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Blisovi Fe 1.5/30 (28))	1	
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)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Tri-Sprintec (28))	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg	(Mili)	1	
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg		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	
nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		1	
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	
rivelsa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
rosyrah oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	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	
simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
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)	1	
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)	1	
tarina fe 1-20 eq (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
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	
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)	1	
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
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)	1	
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)	1	
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)	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
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	
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	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	NDS; QL (60 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, 200 mg		l2	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	(Onfi)	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
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	(Onfi)	4	NDS; QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG		5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG		5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG		5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG		5	PA NSO; 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)	l2	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	(Depakote)	l2	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA NSO; NDS
epitol oral tablet 200 mg	(carbamazepine)	l2	
eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg	(Aptiom)	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg	(Aptiom)	4	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
ethosuximide oral capsule 250 mg	(Zarontin)	l2	
ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml	(Zarontin)	l2	
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; 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
fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml	(Cerebyx)	4	NDS
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg	(Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
gabapentin oral capsule 400 mg	(Neurontin)	1	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 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)	l2	
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)	l2	
levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg, 500 mg	(Spritam)	4	ST; NDS
methsuximide oral capsule 300 mg	(Celontin)	4	NDS
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		4	PA NSO; NDS; QL (10 per 30 days)
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	(Trileptal)	l2	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	(Trileptal)	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
perampanel oral suspension 0.5 mg/ml	(Fycompa)	5	ST; NDS; QL (720 per 30 days)
perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 2 mg, 8 mg	(Fycompa)	4	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg	(Fycompa)	4	ST; 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	
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)	l2	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	NDS
rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg	(Banzel)	4	NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 750 MG		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
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	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG		4	PA NSO; 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
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml		l2	
valproic acid oral capsule 250 mg		l2	
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	PA NSO; NDS; QL (10 per 30 days)
vigabatrin oral powder in packet 500 mg	(Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
vigabatrin oral tablet 500 mg	(Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrone oral powder in packet 500 mg	(vigabatrin)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrone oral tablet 500 mg	(vigabatrin)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
vigpoder oral powder in packet 500 mg (vigabatrin)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	5	NDS; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	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	NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	5	NDS
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg (Zonegran)	12	
zonisamide oral capsule 50 mg	12	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos		
Antidepresivos		
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	12	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	12	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	5	NDS
AUVELITY ORAL TABLET,IR ER BIPHASIC,DOSEPACK 30 MG-105 MG /45 MG-105 MG	5	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
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)	1	
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, 75 mg	(Anafranil)	l2	
clomipramine oral capsule 50 mg	(Anafranil)	4	NDS
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)	l2	QL (30 per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		l2	
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; 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
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; NDS; QL (30 per 30 days)
EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 18.2 MG (32 TABS)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
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
fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	l2	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	NDS
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg (Remeron)	1	
mirtazapine oral tablet 45 mg	1	
mirtazapine oral tablet 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	

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
nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml		4	NDS
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml		4	PA NSO-HRM; NDS; 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		4	NDS
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA NSO; NDS; QL (1200 per 30 days)
sertraline oral concentrate 20 mg/ml	(Zoloft)	l2	
sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Zoloft)	1	
tranylcypromine oral tablet 10 mg	(Parnate)	4	NDS
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg		1	
trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg		4	NDS
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		4	NDS; 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)	l2	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG		5	PA NSO; NDS; QL (28 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
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG		5	PA NSO; 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		4	PA BvD; NDS
amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg	(AmBisome)	5	PA BvD; NDS
ciclopirox topical cream 0.77 %	(Ciclodan)	12	QL (180 per 30 days)
ciclopirox topical solution 8 %	(Ciclodan)	12	QL (19.8 per 30 days)
ciclopirox topical suspension 0.77 %	(Loprox (as olamine))	4	NDS; QL (180 per 30 days)
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg		12	
clotrimazole topical cream 1 %	(Antifungal (clotrimazole))	12	
clotrimazole topical solution 1 %	(Athlete's Foot (clotrimazole))	12	
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %		12	QL (90 per 30 days)
CRESEMBA INTRAVENOUS RECON SOLN 372 MG		5	NDS
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG		5	PA; NDS
econazole nitrate topical cream 1 %		12	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

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
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg		2	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	(Ancobon)	5	NDS
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml		4	NDS
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg		4	NDS
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg		4	NDS
itraconazole oral capsule 100 mg	(Sporanox)	4	NDS
ketoconazole oral tablet 200 mg		2	
ketoconazole topical cream 2 %		2	QL (180 per 30 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %		2	QL (360 per 30 days)
micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg		4	NDS
miconazole-3 vaginal suppository 200 mg		2	
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	(nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml		2	
nystatin oral tablet 500,000 unit		2	
nystatin topical cream 100,000 unit/gram		2	QL (60 per 30 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram		2	QL (60 per 30 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	(Nystop)	2	QL (60 per 30 days)
nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%		2	
nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%		2	
nystop topical powder 100,000 unit/gram	(nystatin)	2	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
posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg		4	PA; NDS
terbinafine hcl oral tablet 250 mg		1	
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	(Vfend IV)	4	PA BvD; NDS
voriconazole intravenous solution 10 mg/ml		4	PA BvD; NDS
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	(Vfend)	5	PA; NDS
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg		l2	
Antihistamínicos			
Antihistamínicos			
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg		1	
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	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg		1	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG		4	NDS; QL (30 per 30 days)
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; 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
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)	12	
abacavir oral tablet 300 mg	12	
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg	12	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NDS
atazanavir oral capsule 150 mg	12	
atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg (Reyataz)	12	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	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	NDS
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml) (Apretude)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS
darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg (Prezista)	4	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	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
didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg		4	NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		5	NDS
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG		5	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		4	NDS
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg		5	NDS
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg	(Symfi)	5	NDS
emtricitabine oral capsule 200 mg	(Emtriva)	4	NDS
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg	(Truvada)	4	NDS
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg	(Truvada)	l2	
emtricita-rilpivirine-tenof df oral tablet 200-25-300 mg	(Complera)	5	NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		4	NDS
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	(Intelence)	4	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	NDS
fosamprenavir oral tablet 700 mg		4	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	NDS
IDVYNSO ORAL TABLET 100-0.25 MG		5	NDS; QL (30 per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	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
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	3	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	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)	2	
lamivudine oral tablet 100 mg	2	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg (Epivir)	2	
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	4	NDS
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml (Kaletra)	4	NDS; QL (480 per 30 days)
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	NDS
nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml	4	NDS; QL (1200 per 30 days)
nevirapine oral tablet 200 mg	2	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	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
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG-MG	5	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	5	NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	NDS
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NDS
rilpivirine hcl oral tablet 25 mg (Edurant)	5	NDS
rilpivirine intramuscular suspension,extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)	5	NDS
ritonavir oral tablet 100 mg (Norvir)	4	NDS
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NDS
stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	4	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK)	5	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	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
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	(Viread)	l2	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG		4	NDS
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG		5	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG		5	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		5	NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG		4	NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		3	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		5	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)		5	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	NDS
zidovudine oral capsule 100 mg	(Retrovir)	4	NDS
zidovudine oral syrup 10 mg/ml	(Retrovir)	4	NDS
zidovudine oral tablet 300 mg		l2	
Antivirales Hcv			
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG		5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG		5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG		5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	(sofosbuvir-velpatasvir)	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios			
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG		5	PA; 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		12	QL (84 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg		12	QL (48 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 75 mg	(Tamiflu)	12	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)		12	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)		12	QL (11 per 28 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG		12	QL (30 per 5 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		5	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML		5	PA; NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION		4	NDS; QL (60 per 180 days)
Nucleósidos Y Nucleótidos			
acyclovir oral capsule 200 mg		12	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml		4	NDS
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg		12	
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		12	
ribavirin oral capsule 200 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
ribavirin oral tablet 200 mg		12	
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg	(Valtrex)	12	
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml	(Valcyte)	5	NDS
valganciclovir oral tablet 450 mg		12	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		5	NDS; QL (30 per 30 days)
Dispositivos			
Dispositivos			
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	12	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	12	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	12	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	12	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	12	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	12	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	12	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	12	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	12	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	12	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 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
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 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
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
CAREFINE PEN NEEDLE 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
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
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 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
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
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 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
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
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 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 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
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

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 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
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) OUTER 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
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
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(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 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
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

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 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
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

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 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
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

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 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
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

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 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
EASY TOUCH INS 0.3 ML 30G 8MM 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
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
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 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
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 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
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
EASYLIFE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 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
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
GNP PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(CareFine Pen Needle)	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 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
HEALTHWISE PEN NEEDLE 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
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	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK 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
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
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	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 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
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	(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
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "		1	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
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

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
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
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

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 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
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)

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 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
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

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
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
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

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 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
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

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
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
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

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
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
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

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 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
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

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-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
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

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 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
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

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 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
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

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 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
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

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 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
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

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 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
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

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 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
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

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
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
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

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 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
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

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 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
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

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 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
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
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

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 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
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

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 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
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

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 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
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

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
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
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

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 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
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
Parasimpaticomiméticos (Agentes Colinérgicos)			
Parasimpaticomiméticos (Agentes Colinérgicos)			
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	(Mestinon)	l2	
Preparaciones De Reemplazo			
Preparaciones De Reemplazo			
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	

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 chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml		4	NDS
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq	(Klor-Con 10)	l2	
potassium chloride oral tablet extended release 15 meq, 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)	l2	
potassium citrate oral tablet extended release 15 meq	(Urocit-K 15)	4	NDS
potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)		l2	
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		l2	
Anticoagulantes			

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
dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg	(Pradaxa)	4	NDS; 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)
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	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	NDS; QL (12 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml	(Arixtra)	4	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	

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
rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml	(Xarelto)	12	QL (600 per 30 days)
rivaroxaban oral tablet 2.5 mg	(Xarelto)	12	
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg		1	
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		12	
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		12	
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Effient)	12	
ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg	(Brilinta)	12	
Modificadores De Formación De Sangre			
eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg	(Promacta)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg	(Promacta)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg	(Promacta)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 25 mg	(Promacta)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg	(Promacta)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT		5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT		5	PA; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG		5	PA; 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
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	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; 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; NDS
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg (Orfadin)	5	PA; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; 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
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)		5	PA; NDS
sapropterin oral tablet,soluble 100 mg	(Javygtor)	5	PA; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML		5	PA; LA; NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT		3	
Relajantes Musculares Esqueléticos			
Relajantes Musculares Esqueléticos			
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		l2	
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg		1	
dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg		4	NDS
dantrolene oral capsule 25 mg	(Dantrium)	4	NDS
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg		l2	
tizanidine oral tablet 2 mg		l2	
tizanidine oral tablet 4 mg	(Zanaflex)	l2	
Vitaminas Y Minerales			
Vitaminas Y Minerales			
bal-care dha combo pack 27-1-430 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
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	
folivane-ob capsule 85-1 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 oral tablet 90-1-50 mg	1	
mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg	1	
obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg	1	
pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg	1	
pnv-omega softgel 28-1-300 mg	1	
pnv-select tablet 27-1 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	
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	

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
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	
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-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 137

1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 137

A

abacavir 131

abacavir-lamivudine 131

ABELCET 128

abigale 70

abigale lo 70

ABILIFY ASIMTUFII 34

ABILIFY MAINTENA 35

abiraterone 3

abirtega 3

ABRYSVO (PF) 84

acamprosate 20

acarbose 23

acebutolol 42

acetaminophen-codeine 99

acetazolamide 90

acetazolamide sodium 90

acetic acid 91

acetylcysteine 55

acitretin 62

ACTHIB (PF) 84

ACTIMMUNE 75

acyclovir 64, 136

acyclovir sodium 136

ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) .. 84

adalimumab-aaty 75

adalimumab-aaty(cf) ai crohns 76

adefovir 136

ADEMPAS 96

adrucil 3

ADVAIR HFA 57

ADVOCATE PEN NEEDLE 138

ADVOCATE SYRINGES .. 137, 138

afirmelle 109

AIMOVIG AUTOINJECTOR 30

AIRSUPRA 57

AKEEGA 3

ala-cort 60

albendazole 32

albuterol sulfate 57, 58

ALCOHOL PADS 138

ALCOHOL PREP PADS 159

ALCOHOL SWABS 155

ALCOHOL WIPES 165

ALECENSA 3

alendronate 52

alfuzosin 68

aliskiren 51

allopurinol 30

alosetron 65

alprazolam 21

altavera (28) 109

ALTRENO 62

ALUNBRIG 3

alyacen 1/35 (28) 109

alyacen 7/7/7 (28) 109

alyq 96

amantadine hcl 33

ambrisentan 96

amethia 109

amethyst (28) 110

amikacin 102

amiloride 49

amiloride-hydrochlorothiazide 49

amiodarone 42

amitriptyline 124

amlodipine 44

amlodipine-atorvastatin 47

amlodipine-benazepril 44

amlodipine-olmesartan 44

amlodipine-valsartan 44

amlodipine-valsartan-hcthiazid 44

ammonium lactate 63

amoxapine 124

amoxicillin 106

amoxicillin-pot clavulanate 106, 107

amphotericin b 128

amphotericin b liposome 128

ampicillin 107

ampicillin sodium 107

ampicillin-sulbactam 107

anagrelide 185

anastrozole 3

ANORO ELLIPTA 58

aprepitant 31

apri 110

APTIVUS 131

AQINJECT PEN NEEDLE . 138

ARCALYST 76

AREXVY (PF) 84

ARIKAYCE 102

aripiprazole 35

ARISTADA 35

ARISTADA INITIO 35

armodafinil 53

ARNUITY ELLIPTA 57

asenapine maleate 35

ashlyna 110
aspirin-dipyridamole 187
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL 138
ASSURE ID DUO-SHIELD 138
ASSURE ID INSULIN SAFETY 138, 139
ASSURE ID PEN NEEDLE 138
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 138
atazanavir 131
atenolol 43
atenolol-chlorthalidone 43
atomoxetine 53
atorvastatin 47
atovaquone 32
atovaquone-proguanil 32
atropine 94
aubra eq 110
AUGTYRO 3
aurovela 1.5/30 (21) 110
aurovela 1/20 (21) 110
aurovela 24 fe 110
aurovela fe 1.5/30 (28) 110
aurovela fe 1-20 (28) 110
AUSTEDO 53
AUSTEDO XR 53, 54
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 54
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 139
AUVELITY 124
aviane 110
AVMAPKI 3
AVMAPKI-FAKZYNJA 3
AVONEX 76
ayuna 110
AYVAKIT 3
azacitidine 3
azathioprine 76
azathioprine sodium 76
azelastine 95
azithromycin 105, 106
aztreonam 104
azurette (28) 110

B

bacitracin 91
bacitracin-polymyxin b 91
baclofen 189
bal-care dha 189
bal-care dha essential 190
balsalazide 65
BALVERSA 3, 4
BAQSIMI 96
BCG VACCINE, LIVE (PF) . 84
BD ALCOHOL SWABS 140
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 139
BD ECLIPSE LUER-LOK .. 139
BD INSULIN SYRINGE 139
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 139
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 139
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 139, 140
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 139
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 140
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 140
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 140
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 140
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 140
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 140
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 140
BELSOMRA 53
benazepril 50
benazepril-hydrochlorothiazide 50
bendamustine 4
BENLYSTA 76
benztropine 33
BEQALZI 4
BEQALZI STARTER PACK .. 4
BESREMI 4
BESREMI PEN 4
betaine 96
betamethasone dipropionate .. 60
betamethasone valerate 60
betamethasone, augmented 61
BETASERON 76
betaxolol 90
bethanechol chloride 68
bexarotene 4
BEXSERO 84
bicalutamide 4
BICILLIN L-A 107
BIKTARVY 131
bimatoprost 90
bismuth subcit k-metronidz-tcn 66
bisoprolol fumarate 43
bisoprolol-hydrochlorothiazide 43
bleomycin 4
blisovi 24 fe 110
blisovi fe 1.5/30 (28) 110
blisovi fe 1/20 (28) 110
BOOSTRIX TDAP 84
BORDERED GAUZE 140
bortezomib 4
BOSULIF 4
bosutinib 4
BRAFTOVI 5
BREO ELLIPTA 58
breyna 58
BREZTRI AEROSPHERE 58
brimonidine 90
brimonidine-timolol 90

brinzolamide 90
brivaracetam 119
bromfenac 93
bromocriptine 33
BRONCHITOL 55
BRUKINSA 5
budesonide 57, 65
bumetanide 49
buprenorphine 99
buprenorphine hcl 20
buprenorphine-naloxone 21
bupropion hcl 125
bupropion hcl (smoking deter) 21
buspirone 96
butalbital-acetaminop-caf-cod 99
butalbital-acetaminophen-caff 99
BYSANTI 35
BYSANTI TITRATION PACK A 36
BYSANTI TITRATION PACK B 36
BYSANTI TITRATION PACK C 36

C

CABENUVA 131
cabergoline 33
CABOMETYX 5
cabotegravir 131
calcipotriene 63
calcitonin (salmon) 52
calcitriol 52
calcium acetate(phosphat bind) 66
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL). 5
CAMCEVI (6 MONTH) 5
camila 110
camrese 111
camrese lo 110
candesartan 46
candesartan-hydrochlorothiazid 46
CAPLYTA 36
CAPRELSA 5
captopril 50
carbamazepine 119
carbidopa-levodopa 33, 34
CAREFINE PEN NEEDLE 140, 141
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 141
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 141, 142
CARETOUCH PEN NEEDLE 141
carglumic acid 66
carteolol 90
cartia xt 44
carvedilol 43
CAYSTON 104
cefaclor 104
cefadroxil 104
cefazolin 104
cefdinir 104, 105
cefepime 105
cefixime 105
cefoxitin 104
cefpodoxime 105
cefprozil 105
ceftaroline fosamil 105
ceftazidime 105
ceftriaxone 105
cefuroxime axetil 105
cefuroxime sodium 105
celecoxib 97
cephalexin 105
cevimeline 60
chateal eq (28) 111
chlordiazepoxide hcl 21
chlorhexidine gluconate 60
chloroquine phosphate 32
chlorpromazine 36
chlorthalidone 49
cholestyramine (with sugar) ..47
cholestyramine light 47
ciclopirox 128
cilostazol 187
CIMDUO 131
cimetidine hcl 64
cinacalcet 52
ciprofloxacin hcl 91, 108
ciprofloxacin in 5 % dextrose 108
ciprofloxacin-dexamethasone 91
citalopram 125
clarithromycin 106
CLICKFINE PEN NEEDLE 142
clindamycin hcl 102
clindamycin phosphate ... 64, 103
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 41
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) ... 41
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) ... 41
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 41
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 41
clobazam 119, 120
clobetasol 61
clobetasol-emollient 61
clomipramine 125
clonazepam 21, 22
clonidine 41, 42
clonidine hcl 41
clopidogrel 187
clorazepate dipotassium 22
clotrimazole 128
clotrimazole-betamethasone 128
clozapine 36
c-nate dha 190
COARTEM 32
COBENFY 36

COBENFY STARTER PACK 36
colchicine 30
colesevelam 47
colestipol 47
colistin (colistimethate na) ... 103
COMBIVENT RESPIMAT ... 58
COMETRIQ 5
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 142, 143, 144
COMFORT EZ PEN NEEDLES 142, 143
COMFORT EZ PLUS PEN NEEDLE 143
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL 143
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 144, 145
compro 31
conjugated estrogens 70
constulose 66
COPIKTRA 5
CORTROPHIN GEL 73
COSENTYX 76
COSENTYX (2 SYRINGES) 76
COSENTYX PEN (2 PENS) .. 76
COSENTYX UNOREADY PEN 76
COTELLIC 5
CREON 188
CRESEMBA 128
cromolyn 55, 66, 95
cryselle (28) 111
CURITY ALCOHOL SWABS 145
CURITY GAUZE 145
cyclobenzaprine 189
cyclophosphamide 5, 6
cyclosporine 76, 77, 93
cyclosporine modified 76, 77
cyred eq 111

D

d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr 41
d5 % and 0.9 % sodium chloride 41
d5 %-0.45 % sodium chloride 41
dabigatran etexilate 186
dalfampridine 96
danazol 70
dantrolene 189
DANZITEN 6
dapagliflozin 23
dapagliflozin-metformin 24
dapsone 130
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 85
daptomycin 103
darifenacin 69
darunavir 131
dasatinib 6
dasetta 1/35 (28) 111
dasetta 7/7/7 (28) 111
DAURISMO 6
daysee 111
deblitane 111
decitabine 6
deferasirox 102
DELSTRIGO 131
DENGVAXIA (PF) 85
DEPO-SUBQ PROVERA 104 75
DERMACEA 145
DERMACEA NON-WOVEN 145
dermacinrx lidocan 101
DESCOVY 131
desipramine 125
desmopressin 73
desog-e.estradiol/e.estradiol 111
desvenlafaxine succinate 125
dexamethasone 71
dexamethasone sodium phosphate 71, 93
dextroamphetamine-amphetamine 54
dextrose 5 % in water (d5w) .. 41
DIACOMIT 120
diazepam 22, 120
diazepam intensol 22
diazoxide 30
diclofenac potassium 97
diclofenac sodium 61, 93, 97, 98
diclofenac-misoprostol 98
dicloxacillin 107
dicyclomine 66
didanosine 132
difluprednate 93
digoxin 45
dihydroergotamine 30
DILANTIN 120
diltiazem hcl 44
dilt-xr 44
dimethyl fumarate 77
diphenoxylate-atropine 66
dipyridamole 187
disulfiram 21
divalproex 120
dofetilide 42
dolishale 111
donepezil 23
dorzolamide 90
dorzolamide-timolol 90
dotti 70
DOVATO 132
doxazosin 42
doxepin 53, 125
doxorubicin, peg-liposomal 6
doxy-100 108
doxycycline hyclate 108, 109
doxycycline monohydrate 109
DRIZALMA SPRINKLE 125
dronabinol 31

DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) ..145, 146
DROPLET INSULIN SYRINGE.....145, 146, 147
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 147
DROPLET PEN NEEDLE..147, 148
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS.....148
DROPSAFE INSULIN SYRINGE.....148
DROPSAFE PEN NEEDLE 148
drospirenone-ethinyl estradiol 111
droxidopa 95
duloxetine 125
DUPIXENT PEN 77
DUPIXENT SYRINGE.....77
dutasteride.....68
E
EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....149
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....149, 150
EASY COMFORT PEN NEEDLES 149, 150
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....149
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE.....150
EASY GLIDE PEN NEEDLE 150
EASY TOUCH.....153
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS 151
EASY TOUCH AUTORETRACT SYRINGE 151
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN.....152, 153
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE..... 151
EASY TOUCH INS SYR (HALF UNIT)..... 150, 151
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 151
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE..... 151, 152, 153
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 153
EASY TOUCH PEN NEEDLE 153
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE..... 153, 155
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 152, 153
EASY TOUCH UNI-SLIP .. 154
EASYLIFE ALCOHOL PADS 154
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE..... 154
EASYLIFE INSULIN SYRINGE..... 154, 155
EASYLIFE SAFETY PEN NEEDLE..... 155
econazole nitrate..... 128
EDURANT PED..... 132
efavirenz..... 132
efavirenz-emtricitabin-tenofov 132
efavirenz-lamivu-tenofov disop 132
ELIGARD..... 6
ELIGARD (3 MONTH) 6
ELIGARD (4 MONTH) 6
ELIGARD (6 MONTH) 6
elinest..... 111
ELIQUIS..... 186
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START..... 186
ELIQUIS SPRINKLE..... 186
eltrombopag olamine 187
eluryng 111
EMBRACE PEN NEEDLE .155
EMGALITY PEN 30
EMGALITY SYRINGE 30
EMSAM.....125
emtricitabine 132
emtricitabine-tenofovir (tdf).132
emtricita-rilpivirine-tenof df 132
EMTRIVA 132
emzahh 111
enalapril maleate 50
*enalapril-hydrochlorothiazide*50
ENBREL 77
ENBREL MINI.....77
ENBREL SURECLICK.....77
endocet 99
ENGERIX-B (PF).....85
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 85
enilloring.....111
enoxaparin 186
enpresse.....111
ENSACOVE 6
enskyce 112
entacapone 34
entecavir.....136
ENTYVIO.....77
ENTYVIO PEN 77
enulose 66
ENVARSUS XR.....77
EPCLUSA.....135
EPIDIOLEX.....120
epinastine 95
epinephrine 95
epitol 120
eplerenone.....51
ergoloid.....23
ERIVEDGE.....6
ERLEADA.....6, 7
erlotinib.....7
errin.....112

ertapenem 104
erythromycin 91, 106
erythromycin ethylsuccinate 106
erythromycin with ethanol 64
escitalopram oxalate 126
eslicarbazepine 120
esomeprazole magnesium 65
estarylla 112
estradiol 70, 71
estradiol-norethindrone acet 71
eszopiclone 53
ethambutol 130
ethosuximide 120
ethynodiol diac-eth estradiol 112
etodolac 98
etonogestrel-ethinyl estradiol 112
etoposide 7
etravirine 132
EUCRISA 61
EULEXIN 7
everolimus (antineoplastic) 7
everolimus (immunosuppressive) 78
EVOTAZ 132
EXEL INSULIN 155
exemestane 7
EXTENCILLINE 107
EXXUA 126
EYSUVIS 93
ezetimibe 47
ezetimibe-simvastatin 47

F

falmina (28) 112
famciclovir 136
famotidine 65
FANAPT 36
FANAPT TITRATION PACK A 36
FANAPT TITRATION PACK B 36
FANAPT TITRATION PACK C 37
FARXIGA 24
FASENRA 78
FASENRA PEN 78
febuxostat 30
feirza 112
felbamate 120
felodipine 44
fenofibrate 47
fenofibrate micronized 47
fenofibrate nanocrystallized 47
fentanyl 99
fentanyl citrate 99
fesoterodine 69
FETZIMA 126
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 25
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 26
FIASP U-100 INSULIN 26
fidaxomicin 106
FILSPARI 96
finasteride 68
fingolimod 78
FINTEPLA 120
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 7
flavoxate 69
flecainide 42
floxuridine 7
fluconazole 128, 129
fluconazole in nacl (iso-osm) 128
flucytosine 129
fludrocortisone 71
flunisolide 93
fluocinolone 61
fluocinolone acetonide oil 93
fluocinonide 61
fluorometholone 93
fluorouracil 7, 63
fluoxetine 126
fluphenazine decanoate 37
fluphenazine hcl 37
flurbiprofen 98
flurbiprofen sodium 93
fluticasone furoate-vilanterol 58
fluticasone propionate 57, 61, 94
fluticasone propion-salmeterol 59
fluvastatin 47, 48
fluvoxamine 126
folivane-ob 190
fondaparinux 186
fosamprenavir 132
fosfomycin tromethamine 103
fosinopril 50
fosinopril-hydrochlorothiazide 50
fosphenytoin 121
FOTIVDA 7
FRUZAQLA 8
fulvestrant 8
furosemide 49

G

gabapentin 121
galantamine 23
gallifrey 75
GAMUNEX-C 78
GARDASIL 9 (PF) 85
GAUZE BANDAGE 165
GAUZE PAD 155
gavilyte-c 68
gavilyte-g 68
gavilyte-n 68
GAVRETO 8
gefitinib 8
gemfibrozil 48
generlac 66
gengraf 78
gentamicin 64, 91, 102
gentamicin sulfate (ped) (pf) 102
GENVOYA 132
GILOTRIF 8

glatiramer 78
glatopa 78
glimepiride 29
glipizide 29
glipizide-metformin 29
glutamine (sickle cell) 96
glyburide 29
glyburide micronized 29
glyburide-metformin 29
glycopyrrolate 66
glydo 101
GLYXAMBI 24
GOMEKLI 8
griseofulvin microsize 129
griseofulvin ultramicrosize ... 129
guanfacine 42, 54
GVOKE 96
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 96
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 96

H

HADLIMA 78
HADLIMA PUSHTOUCH 78
HADLIMA(CF) 78
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 78
HAEGARDA 187
hailey 24 fe 112
hailey fe 1.5/30 (28) 112
hailey fe 1/20 (28) 112
halobetasol propionate 61, 62
haloette 112
haloperidol 37
haloperidol decanoate 37
haloperidol lactate 37
HAVRIX (PF) 85
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 156
HEALTHWISE PEN NEEDLE 156
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 157
heather 112
heparin (porcine) 186
HEPLISAV-B (PF) 85
HERCEPTIN HYLECTA 8
HERNEXEOS 8
HIBERIX (PF) 85
HUMIRA 79
HUMIRA PEN 78
HUMIRA(CF) 79
HUMIRA(CF) PEN 79
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 79
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 79
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 79
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 26
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 26
hydralazine 51
hydrochlorothiazide 49
hydrocodone-acetaminophen 99, 100
hydrocortisone 62, 65, 71
hydrocortisone valerate 62
hydrocortisone-acetic acid 91
hydromorphone 100
hydroxychloroquine 32, 33
hydroxyurea 8
hydroxyzine hcl 130
hydroxyzine pamoate 96
HYRNUO 8

I

ibandronate 52
IBRANCE 8
IBTROZI 8
ibu 98
ibuprofen 98
icatibant 45
iclevia 112
ICLUSIG 8
icosapent ethyl 48
IDHIFA 8
IDVYNSO 132
ifosfamide 9
ILEVRO 94
imatinib 9
IMBRUVICA 9
imipenem-cilastatin 104
imipramine hcl 126
imiquimod 63
IMKELDI 9
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 85
IMPAVIDO 33
incassia 112
INCONTROL ALCOHOL PADS 157
INCONTROL PEN NEEDLE 157
INCRELEX 73
indapamide 49
indomethacin 98
INFANRIX (DTAP) (PF) 86
infliximab 79
INGREZZA 54
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 54
INGREZZA SPRINKLE 54
INLEXZO 9
INLURIYO 9
INLYTA 9
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE 157
INPEN (FOR HUMALOG) GREY 157
INPEN (FOR HUMALOG) PINK 157
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE 157
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY 157

INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK 157
INQOVI 9
INREBIC 9
insulin glargine-yfgn 26
insulin lispro 26
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK 158
INSULIN SYRINGE MICROFINE 139
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 155, 158, 159, 166, 170
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 159
INSUPEN PEN NEEDLE 159
INTELENCE 132
introvale 112
INVEGA HAFYERA 37
INVEGA SUSTENNA 37, 38
INVEGA TRINZA 38
INVELTYS 94
IPOL 86
ipratropium bromide 59, 95
ipratropium-albuterol 59
irbesartan 46
irbesartan-hydrochlorothiazide 46
ISENTRESS 133
ISENTRESS HD 132
isibloom 112
isoniazid 130
isosorbide dinitrate 51
isosorbide mononitrate 51
ISTURISA 72
ITOVEBI 9
itraconazole 129
IV PREP WIPES 159
ivabradine 45
ivermectin 33
IWILFIN 9
IXIARO (PF) 86

J

jaimiess 113
JAKAFI 10
JAKAFI XR 10
jantoven 186
JARDIANCE 24
JASCAYD 55
javygtor 188
JAYPIRCA 10
jencycla 113
JENTADUETO 24
JENTADUETO XR 24
JIDEYTRO 10
jolessa 113
juleber 113
JULUCA 133
junel 1.5/30 (21) 113
junel 1/20 (21) 113
junel fe 1.5/30 (28) 113
junel fe 1/20 (28) 113
junel fe 24 113
JYLAMVO 10
JYNNEOS (PF) 86

K

KALETRA 133
KALYDECO 55
kariva (28) 113
kelnor 1/35 (28) 113
kelnor 1/50 (28) 113
KERENDIA 51
KESIMPTA PEN 79
ketoconazole 129
ketorolac 94, 98
KEVZARA 79
KEYTRUDA 10
KEYTRUDA QLEX 10
KINERET 79
KINRIX (PF) 86
kionex 66
KISQALI 10
KISQALI FEMARA CO-PACK 10
KLISYRI (250 MG) 63
klor-con m10 184
klor-con m15 184
klor-con m20 184
KLOXXADO 21
KOMZIFTI 11
KOSELUGO 11
KRAZATI 11
kurvelo (28) 113
KYLEENA 113

L

l norgest/e.estradiol-e.estrad 113, 114
labetalol 43
lacosamide 121
lactulose 67
lamivudine 133
lamivudine-zidovudine 133
lamotrigine 121
lanreotide 73
lansoprazole 65
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 27
LANTUS U-100 INSULIN 27
lapatinib 11
larin 1.5/30 (21) 114
larin 1/20 (21) 114
larin 24 fe 114
larin fe 1.5/30 (28) 114
larin fe 1/20 (28) 114
latanoprost 90
LAZCLUZE 11
leflunomide 79
lenalidomide 11
LENTOCILIN S (WITH LIDOCAINE) 107
LENVIMA 11
LEQEMBI IQLIK 23
lessina 114
letrozole 11
leucovorin calcium 96
LEUKERAN 11

LEUKINE....187
leuprolide....11
leuprolide acetate (3 month)....11
levetiracetam....121
levobunolol....90
levocetirizine....130
levofloxacin....108
levofloxacin in d5w....108
levonest (28)....114
levonorgest-eth.estradiol-iron....114
*levonorgestrel-ethinyl estrad*114
*levonorg-eth estrad triphasic*114
levora-28....114
levothyroxine....69
lidocaine....101
lidocaine hcl....101
lidocaine-prilocaine....101
lidocan iii....101
LIFYORLI....12
LILETTA....114
linezolid....103
linezolid in dextrose 5%....103
LINZESS....67
liomny....69
liothyronine....69
LISCO....160
lisinopril....50
*lisinopril-hydrochlorothiazide*51
lithium carbonate....54, 55
lithium citrate....55
LIVTENCITY....135
lojaimiess....115
LOKELMA....67
lomustine....12
LONSURF....12
loperamide....67
lopinavir-ritonavir....133
lorazepam....22
lorazepam intensol....22
LORBRENA....12
losartan....46
losartan-hydrochlorothiazide 46
LOTEMAX....94
LOTEMAX SM....94
loteprednol etabonate....94
lovastatin....48
low-ogestrel (28)....115
loxapine succinate....38
lo-zumandimine (28)....115
lubiprostone....67
luizza....115
LUMAKRAS....12
LUNSUMIO VELO....12
LUPRON DEPOT....13, 74
LUPRON DEPOT (3 MONTH)....12, 73
LUPRON DEPOT (4 MONTH)....12
LUPRON DEPOT (6 MONTH)....12
LUPRON DEPOT-PED....74
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)....74
lurasidone....38
lutera (28)....115
LUTRATE DEPOT (3 MONTH)....13
LYBALVI....38
lyleq....115
LYNPARZA....13
LYSODREN....13
LYTGOBI....13
lyza....115

M

macitentan....97
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG....160
MAGELLAN SYRINGE....160
magnesium sulfate....184
malathion....64
maraviroc....133
marlissa (28)....115
marnatal-f....190
MARPLAN....126
MATULANE....13
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE....160
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE....160
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE....160
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE....160
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE....160
meclizine....31, 32
medroxyprogesterone....75
mefloquine....33
megestrol....13, 75
MEKINIST....13
MEKTOVI....13
meleya....115
meloxicam....98
memantine....23
MENQUADFI (PF)....86
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)....86
mercaptopurine....13
meropenem....104
mesalamine....65, 66
mesna....96
metformin....24
methadone....100
methazolamide....90
methenamine hippurate....103
methimazole....69
methocarbamol....189
methotrexate sodium....13, 14
methotrexate sodium (pf)....13
methoxsalen....63
methsuximide....121
methylphenidate hcl....55
methylprednisolone....72
methylprednisolone acetate....72
metoclopramide hcl....67

metolazone 49
metoprolol succinate 43
metoprolol tartrate 43
metronidazole 64, 103
metronidazole in nacl (iso-os) 103
metyrosine 45
micafungin 129
miconazole-3 129
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 160
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE 160
microgestin 1.5/30 (21) 115
microgestin 1/20 (21) 115
microgestin fe 1.5/30 (28) 115
microgestin fe 1/20 (28) 115
midodrine 42
MIEBO (PF) 94
mifepristone 24
mili 115
mimvey 71
MINI ULTRA-THIN II 161
minocycline 109
minoxidil 51
mirabegron 69
MIRENA 115
mirtazapine 126
misoprostol 65
mitoxantrone 14
MIUDELLA 115
M-M-R II (PF) 86
m-natal plus 190
modafinil 53
MODEYSO 14
moexipril 51
molindone 38
mometasone 62, 94
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING 161, 162
MONOJECT INSULIN SYRINGE 161, 162
MONOJECT SYRINGE 161
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 177
mono-linyah 116
montelukast 57
morphine 100
MORPHINE 100
morphine concentrate 100
MOUNJARO 72
MOVANTIK 67
moxifloxacin 91, 108
moxifloxacin-sod.ace,sul-water 108
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 108
MRESVIA (PF) 86
MULTAQ 42
mupirocin 64
mycophenolate mofetil 79, 80
mycophenolate mofetil (hcl) 79
mycophenolate sodium 80
mynatal 190
mynatal advance 190
mynate 90 plus 190

N

nabumetone 98
nafcillin 107
naloxone 21
naltrexone 21
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 162
NANO PEN NEEDLE 162
naproxen 98
naratriptan 30
NATACYN 91
nateglinide 24
NAYZILAM 121
nebivolol 43
nefazodone 126
neomycin 102
neomycin-bacitracin-poly-hc 92
neomycin-bacitracin-polymyxin 92
neomycin-polymyxin b-dexameth 92, 94
neomycin-polymyxin-gramicidin 92
neomycin-polymyxin-hc 92
neo-polycin 92
neo-polycin hc 92
NERLYNX 14
nevirapine 133
NEXLETOL 48
NEXLIZET 48
NEXPLANON 116
niacin 48
NICOTROL NS 21
nifedipine 45
nikki (28) 116
NIKTIMVO 80
nilotinib hcl 14
nilutamide 14
NINLARO 14
nintedanib 55
nitazoxanide 33
nitisinone 188
nitrofurantoin macrocrystal 103
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 103
nitroglycerin 45, 51, 63
NIVESTYM 188
NORDITROPIN FLEXPRO 74
norelgestromin-ethin.estradiol 116
norethindrone (contraceptive) 116
norethindrone acetate 75
norethindrone-e.estradiol-iron 116
norgestimate-ethinyl estradiol 116
nortrel 0.5/35 (28) 116
nortrel 1/35 (21) 116

nortrel 1/35 (28) 116
nortrel 7/7/7 (28) 116
nortriptyline 126, 127
NORVIR 133
NOVOFINE 32 162
NOVOFINE AUTOCOVER 162
NOVOFINE PLUS 162
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 27
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 27
NOVOLIN N FLEXPEN 27
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 27
NOVOLIN R FLEXPEN 27
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 28
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 28
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 28
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 28
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 28
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 28
NUBEQA 14
NUCALA 80
NUPLAZID 38
NURTEC ODT 30
nyamyc 129
nylia 1/35 (28) 116
nylia 7/7/7 (28) 117
nystatin 129
nystatin-triamcinolone 129
nystop 129
NYVEPRIA 188

O

obstetrix dha 190
octreotide acetate 74
ODEFSEY 133
ODOMZO 14
OFEV 55
ofloxacin 92
OGIVRI 14
OGSIVEO 14
OJEMDA 14
OJJAARA 14
olanzapine 39
olmesartan 46
olmesartan-amlodipin-hcthiazid 46
olmesartan-hydrochlorothiazide 46
olopatadine 95
omega-3 acid ethyl esters 48
omeprazole 65
OMLYCLO 80
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) 162
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) 162
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) 162
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) 162
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 163
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) 163
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) 163
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 163
ONAPGO 34
ondansetron 32
ondansetron hcl 32
ONUREG 14
OPDIVO 15
OPDIVO QVANTIG 15
OPIPZA 39
ORFADIN 188
ORGOVYX 74
ORILISSA 74
ORKAMBI 56
orquidea 117
ORSERDU 15
oseltamivir 136
OSENVELT 52
OTEZLA 80
OTEZLA STARTER 80
OTEZLA XR 80
OTEZLA XR INITIATION 80
OTULFI 80, 81
oxcarbazepine 121
oxybutynin chloride 69
oxycodone 100, 101
oxycodone-acetaminophen 101
OZEMPIC 73

P

pacerone 42
paclitaxel protein-bound 15
paliperidone 39
PANRETIN 63
pantoprazole 65
paricalcitol 52
paroxetine hcl 127
PAXLOVID 136
pazopanib 15
PEDIARIX (PF) 86
PEDVAX HIB (PF) 86
peg 3350-electrolytes 68
PEGASYS 136
peg-electrolyte soln 68
PEMAZYRE 15
pemetrexed disodium 15
PEN NEEDLE 163
PEN NEEDLE, DIABETIC 144, 155, 156, 161, 163, 165, 166
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 167
PENBRAYA (PF) 86
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) 87

PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) 87
penicillamine 102
penicillin g potassium 107
penicillin v potassium ... 107, 108
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 87
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) 87
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) 87
PENTACEL (PF) 87
pentamidine 33
PENTIPS PEN NEEDLE 163, 164
pentoxifylline 187
perampanel 122
perindopril erbumine 51
periogard 60
permethrin 64
perphenazine 39
perphenazine-amitriptyline .. 127
phenelzine 127
phenobarbital 122
phenytek 122
phenytoin 122
phenytoin sodium 122
phenytoin sodium extended .. 122
PIFELTRO 134
pilocarpine hcl 60, 90
pimozide 39
pimtrea (28) 117
pioglitazone 24
pioglitazone-metformin 24
PIP PEN NEEDLE 164
piperacillin-tazobactam 108
PIQRAY 15
pirfenidone 56
pitavastatin calcium 48
PLEGRIDY 81
pnv-dha + docusate 190
pnv-omega 190
pnv-select 190
podofilox 63
polycin 92
polymyxin b sulf-trimethoprim 92
pomalidomide 15
POMALYST 15
portia 28 117
posaconazole 130
potassium chloride 184, 185
potassium citrate 185
pr natal 400 190
pr natal 400 ec 190
pr natal 430 190
pr natal 430 ec 190
pramipexole 34
prasugrel hcl 187
pravastatin 48
praziquantel 33
prazosin 42
prednisolone 72
prednisolone acetate 94
prednisolone sodium phosphate 72
prednisone 72
pregabalin 122
PREMARIN 71
PREMPHASE 71
PREMPRO 71
prenaissance 190
prenaissance plus 190
prenatabs fa 190
prenatal 19 191
prenatal 19 (with docusate) . 190
prenatal plus 191
prenatal vitamin plus low iron 191
prenatal-u 191
PRETOMANID 130
prevalite 48
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 164
PREVYMIS 136
PREZCOBIX 134
PREZISTA 134
PRIMAQUINE 33
primidone 122
PRIORIX (PF) 87
PRO COMFORT ALCOHOL PADS 164
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 164
PRO COMFORT PEN NEEDLE 164, 165
probenecid 30
probenecid-colchicine 30
prochlorperazine 32
prochlorperazine edisylate 32
prochlorperazine maleate 32
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS 165
procto-med hc 62
proctosol hc 62
proctozone-hc 62
PRODIGY INSULIN SYRINGE 165
progesterone micronized 75
PROGRAF 81
PROLASTIN-C 56
promethazine 32
propafenone 42
propranolol 43
propylthiouracil 69
PROQUAD (PF) 87
PROSOL 20 % 41
protriptyline 127
PULMOZYME 56
PURE COMFORT ALCOHOL PADS 165
PURE COMFORT PEN NEEDLE 165
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 165
pyrazinamide 130
pyridostigmine bromide 184

pyrimethamine 33
Q
QINLOCK 15
QUADRACEL (PF) 87
quetiapine 39
quinapril 51
quinapril-hydrochlorothiazide 51
quinidine sulfate 42
quinine sulfate 33
QULIPTA 30
R
RABAVERT (PF) 88
rabeprazole 65
RALDESY 127
raloxifene 71
ramipril 51
ranolazine 45
rasagiline 34
RASONQUE 16
RAYALDEE 52
reclipsen (28) 117
RECOMBIVAX HB (PF) 88
RELENZA DISKHALER 136
repaglinide 24
REPATHA PUSHTRONEX .. 48
REPATHA SURECLICK 48
REPATHA SYRINGE 48
RETACRIT 188
RETEVMO 16
REVCOVI 189
REVUFORJ 16
REXULTI 39
REYATAZ 134
REZDIFFRA 69
REZLIDHIA 16
REZUROCK 81
RHOPRESSA 91
ribavirin 136, 137
rifabutin 130
rifampin 130
rifapentine 130
rilpivirine 134
rilpivirine hcl 134
riluzole 55
RINVOQ 81
RINVOQ LQ 81
risperidone 39, 40
risperidone microspheres 39
ritonavir 134
rivaroxaban 187
rivastigmine 23
rivastigmine tartrate 23
rivelsa 117
rizatriptan 31
ROCKLATAN 91
roflumilast 56
ROMVIMZA 16
ropinirole 34
rosadan 64
rosuvastatin 48
rosyrah 117
ROTARIX 88
ROTATEQ VACCINE 88
ROZLYTREK 16
RUBRACA 16
rufinamide 122
RUKOBIA 134
RYBELSUS 73
RYBREVANT 16
RYBREVANT FASPRO 16
RYDAPT 16
RYKINDO 40
S
sacubitril-valsartan 46
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 166
SAFETY PEN NEEDLE 167
SANTYL 63
SAPHNELO PEN 81
sapropterin 189
SCEMBLIX 16, 17
scopolamine base 32
SECUADO 40
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 167
SECURESAFE PEN NEEDLE 167
SELARSDI 81
select-ob 191
select-ob (folic acid) 191
selegiline hcl 34
selenium sulfide 63
SELZENTRY 134
se-natal 19 chewable 191
SEREVENT DISKUS 59
SEROSTIM 74
sertraline 127
setlakin 117
sevelamer carbonate 67
sevelamer hcl 67
sharobel 117
SHINGRIX (PF) 88
SIGNIFOR 74
sildenafil 97
sildenafil (pulm.hypertension) 97
silver sulfadiazine 63
SIMBRINZA 91
simliya (28) 117
simpesse 117
SIMPLI PEN NEEDLE 156
simvastatin 48, 49
sirolimus 82
SIRTURO 130
sitagliptin phos-metformin 25
sitagliptin phosphate 25
SIVEXTRO 103
SKY SAFETY PEN NEEDLE 167
SKYLA 117
SKYRIZI 82
sodium chloride 0.45 % 185
sodium chloride 0.9 % 185
sodium oxybate 53
sodium polystyrene sulfonate . 67

sodium,potassium,mag sulfates 68
solifenacin 69
SOLIQUA 100/33 28
SOLTAMOX 17
SOMATULINE DEPOT 74
SOMAVERT 75
sorafenib 17
sotalol 43
sotalol af 43
SPIRIVA RESPIMAT 59
spironolactone 49
spironolacton-hydrochlorothiaz 49
sprintec (28) 117
SPRITAM 122
sps (with sorbitol) 67
sronyx 117
ssd 63
stavudine 134
STERILE PADS 155
STIOLTO RESPIMAT 59
STIVARGA 17
STOBOCLO 52
STRENSIQ 189
streptomycin 102
STRIBILD 134
STRIVERDI RESPIMAT 59
subvenite 123
SUBVENITE 123
sucralfate 65
sulfacetamide sodium 92
sulfacetamide-prednisolone ... 94
sulfadiazine 108
sulfamethoxazole-trimethoprim 108
sulfasalazine 66
sulindac 98
sumatriptan 31
sumatriptan succinate 31
sunitinib malate 17
SUNLENCA 134
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS 168
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 167
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 167, 168
SURE COMFORT PEN NEEDLE 168
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 167
SURE-FINE PEN NEEDLES 168
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 168, 169
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS 169
SYMPAZAN 123
SYMTUZA 134
SYNJARDY 25
SYNJARDY XR 25
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY 167
T
TABLOID 17
TABRECTA 17
tacrolimus 82
tadalafil 97
TAFINLAR 17
TAGRISSO 17
TALICIA 65
TALZENNA 17
tamoxifen 17
tamsulosin 68
tarina 24 fe 117
tarina fe 1-20 eq (28) 117
taron-c dha 191
taron-prex prenatal-dha 191
TARPEYO 72
TAVNEOS 82
tazarotene 63
taticef 105
taztia xt 45
TDVAX 88
TECHLITE INSULIN SYRINGE 169, 170
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) 169
TECHLITE PEN NEEDLE 170
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE 170
telmisartan 46
telmisartan-hydrochlorothiazid 46
temazepam 22
TENIVAC (PF) 88
tenofovir disoproxil fumarate 135
TEPMETKO 17
terazosin 68
terbinafine hcl 130
terconazole 64
teriparatide 52
TERUMO INSULIN SYRINGE 170, 171
testosterone 70
testosterone cypionate 70
testosterone enanthate 70
tetrabenazine 55
tetracycline 109
THALOMID 82
theophylline 59
THINPRO INSULIN SYRINGE 171
thioridazine 40
thiothixene 40
tiadylt er 45
tiagabine 123
TIBSOVO 17
ticagrelor 187
TICE BCG 17
TICOVAC 88
tigecycline 109
tilia fe 118
timolol 91

timolol maleate 43, 91
tinidazole 33
tiotropium bromide 59
TIVICAY 135
TIVICAY PD 135
tizanidine 189
TOBI PODHALER 102
tobramycin 93
tobramycin in 0.225 % nacl 102
tobramycin sulfate 102
tobramycin-dexamethasone 93
tobramycin-lotepred 93
tofacitinib 82
tolterodine 69
tolvaptan (polycys kidney dis) 49, 50
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 171
topiramate 123
toremifene 17
torpenz 17, 18
torsemide 50
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 29
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 29
TRADJENTA 25
tramadol 101
tramadol-acetaminophen 101
trandolapril 51
tranexamic acid 185
tranylcypromine 127
travoprost 91
trazodone 127
TRECATOR 131
TRELEGY ELLIPTA 60
TREMFYA 83
TREMFYA ONE-PRESS 83
TREMFYA PEN 83
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) 83
tretinoin 63
tretinoin (antineoplastic) 18
triamcinolone acetonide 60, 62, 72
triamterene-hydrochlorothiazid 50
trientine 102
tri-estarylla 118
trifluoperazine 40
trifluridine 93
trihexyphenidyl 34
TRIJARDY XR 25
TRIKAFTA 56
tri-legest fe 118
tri-linyah 118
tri-lo-estarylla 118
tri-lo-marzia 118
tri-lo-mili 118
tri-lo-sprintec 118
trimethoprim 103
tri-mili 118
trimipramine 127
TRINTELLIX 127
tri-nymyo 118
tri-sprintec (28) 118
TRIUMEQ 135
TRIUMEQ PD 135
trivora (28) 118
tri-vylibra 118
tri-vylibra lo 118
trospium 69
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS 172
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 172
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 172
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS 173
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 171, 172, 173
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG 171, 172, 173
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 171
TRUE-COMFORT PRO PEN NEEDLE 173
TRUEPLUS INSULIN 173, 174
TRUEPLUS PEN NEEDLE 173
TRULANCE 67
TRULICITY 73
TRUMENBA 88
TRUQAP 18
TRYNGOLZA 49
TUKYSA 18
TURALIO 18
turqoz (28) 118
TWINRIX (PF) 89
tyblume 118
TYBOST 135
TYENNE 83
TYENNE AUTOINJECTOR. 83
TYMLOS 52
TYPHIM VI 89
U
UBRELVY 31
UDENYCA ONBODY 188
ULTICARE 175
ULTICARE INSULIN SYRINGE 174
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) 174
ULTICARE PEN NEEDLE. 175
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 175
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR 175, 176
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 176
ULTILET ALCOHOL SWAB 176

ULTILET INSULIN SYRINGE 158, 176
ULTILET PEN NEEDLE ... 176, 177
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) 156, 174
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE..... 156, 177
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) 177
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE..... 178
ULTRA FLO PEN NEEDLE 178
ULTRA THIN PEN NEEDLE 178
ULTRACARE INSULIN SYRINGE..... 178, 179
ULTRACARE PEN NEEDLE 179
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT)..... 179
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE..... 179, 180
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 179, 180
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRN 179
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR..... 180
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 180
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES 180
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE..... 180
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 181
UNIFINE PENTIPS 181
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 181
UNIFINE PENTIPS PLUS. 181, 184
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW..... 181
UNIFINE PROTECT 182
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 182
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE..... 182
UPTRAVI..... 97
ursodiol..... 67
V
valacyclovir 137
VALCHLOR 63
valganciclovir 137
valproate sodium 123
valproic acid..... 123
valproic acid (as sodium salt) 123
valsartan 47
valsartan-hydrochlorothiazide 47
VALTOCO 123
valtya 118
vancomycin 103, 104
VANFLYTA..... 18
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE..... 183
VANISHPOINT SYRINGE 182, 183
VAQTA (PF)..... 89
varenicline tartrate..... 21
VARIVAX (PF)..... 89
VAXCHORA VACCINE..... 89
VELSIPITY 83
VELTASSA..... 68
VEMLIDY..... 137
VENCLEXTA 18
VENCLEXTA STARTING PACK..... 18
venlafaxine..... 127
VEOZAH..... 55
VEPPANU 18
verapamil 45
VERIFINE INSULIN SYRINGE 183, 184
VERIFINE PEN NEEDLE .. 183
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 183
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP..... 183
VERQUVO 52
VERSACLOZ..... 40
VERSALON 184
VERZENIO..... 18
vienva 118
vigabatrin..... 123
vigadrone 123
vigpoder 124
vilazodone 127
VIMKUNYA (PF) 89
vinorelbine 18
viorele (28)..... 119
VIRACEPT..... 135
VIREAD 135
vitafol-ob+dha 191
VITRAKVI 18
VIVOTIF..... 89
VIZIMPRO 19
volnea (28) 119
VONJO 19
VOQUEZNA 65
VORANIGO 19
voriconazole..... 130
VOSEVI..... 135
VOWST 68
vp-ch-pnv..... 191
VRAYLAR 40
VUMERITY 83
VYALEV 34
vylibra 119
VYNDAMAX..... 45
VYZULTA..... 91

W
warfarin 187
WEBCOL 184
WEGOVY 73
WELIREG 19
WINREVAIR 56
wixela inhub 60
X
XALKORI 19
xarah fe 119
XATMEP 19
XCOPRI 124
XCOPRI MAINTENANCE PACK 124
XCOPRI TITRATION PACK 124
XDEMVY 93
XERMELO 68
XIFAXAN 104
XIIDRA 94
XOLAIR 56
XOSPATA 19
XPOVIO 19
XTANDI 19, 20
xulane 119
XULTOPHY 100/3.6 29
Y
YESINTEK 83
YF-VAX (PF) 89
YONSA 20
yulithira 20
YUTREPIA 97
yuvafem 71
Z
zafemy 119
zafirlukast 57
zaleplon 53
zatean-pn dha 191
zatean-pn plus 191
ZEJULA 20
ZELBORAF 20
zenatane 64
ZENBEXUS 20
ZENPEP 189
zidovudine 135
zingiber 191
ziprasidone hcl 40
ziprasidone mesylate 40
ZIRABEV 20
ZIRGAN 93
ZOLINZA 20
zolpidem 53
ZONISADE 124
zonisamide 124
zovia 1-35 (28) 119
ZTALMY 124
ZURZUVAE 127, 128
ZYDELIG 20
ZYKADIA 20
ZYMFENTRA 84
ZYPREXA RELPREVV 40, 41



1.877.933.6767 TTY 711 verdahptx.com

ID de envío del archivo de formulario aprobado por HPMS: Versión 00027342 7 Aprobado 10/23/2026. 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

Horario de atención:

8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo

8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre