UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan (HMO)

y

Formulario del Prestige Plan (HMO)

para 2027

Lista de Medicamentos Cubiertos o "Lista de Medicamentos"

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

HPMS Approved Formulary File Submission ID 00027331

Este formulario fue actualizado el 13 de noviembre de 2026. Para obtener la información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con los Servicios para Miembros del UCLA Health Medicare Advantage Plan al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes, excepto los feriados federales; y del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad, o visite uclahealthmedicareadvantage.org.

Nota para los miembros actuales: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor, revise este documento para asegurarse de que todavía incluye los medicamentos que usted toma.

Cuando en esta Lista de Medicamentos (Formulario) se refiere a "nosotros," "nos" o "nuestro," significa el UCLA Health Medicare Advantage Plan. Cuando se refiere al "plan" o "nuestro plan," significa el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan y el UCLA Health Medicare Advantage Prestige Plan.

Este documento incluye la Lista de Medicamentos (Formulario) para nuestro plan que está actualizado al 13 de noviembre de 2026. Para obtener una Lista de Medicamentos (Formulario) actualizado, por favor contáctenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la Lista de Medicamentos (Formulario), aparece en las páginas de la portada y contraportada.

Generalmente debe usar farmacias de la red para aprovechar 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.

¿Qué es el formulario del UCLA Health Medicare Advantage Plan?

En este documento, utilizamos los términos "Lista de Medicamentos" y "Formulario" para significar lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por el UCLA Health Medicare Advantage Plan en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas consideradas una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. El UCLA Health Medicare Advantage Plan generalmente cubrirá los medicamentos incluidos en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red del UCLA Health Medicare Advantage Plan y se sigan las demás reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, por favor 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 el UCLA Health Medicare Advantage Plan puede agregar o eliminar medicamentos del formulario durante el año, moverlos a diferentes niveles de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web aquí: uclahealthmedicareadvantage.org/resources.

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

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

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

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

Si realizamos dicho cambio, usted o su médico pueden solicitar una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento que está siendo modificado. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al formulario del UCLA Health Medicare Advantage Plan?"

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si un medicamento es retirado de la venta por el fabricante o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que debe ser retirado por razones de seguridad o efectividad, podemos eliminarlo inmediatamente de nuestro formulario y posteriormente notificar a los miembros que lo estén tomando.

- **Otros cambios.** Podemos realizar otros cambios que afecten a los miembros que actualmente estén tomando 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 producto biológico original, moverlo a un nivel de costos compartidos diferente, o ambas cosas. Podemos realizar cambios basados en nuevas guías clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, agregamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel de costos compartidos 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 solicite un reabastecimiento del medicamento, puede recibir un suministro de 30 días del medicamento junto con la notificación del cambio.

  Si realizamos estos otros cambios, usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. La notificación que le proporcionemos 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 del UCLA Health Medicare Advantage Plan?"

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. Generalmente, si está tomando un medicamento incluido en nuestro formulario de 2027 que estaba cubierto al comienzo del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2027, excepto en los casos descritos anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para los miembros que los estén tomando durante el resto del año de cobertura. No recibirá una notificación directa este año sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios podrían afectarle, por lo que es importante revisar el formulario para el nuevo año de beneficios y verificar cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado al 13 de noviembre de 2026. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por el UCLA Health Medicare Advantage Plan, por favor contáctenos. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de portada y contraportada. En caso de cambios en el formulario que no sean de mantenimiento durante el año, publicaremos el formulario actualizado en nuestro sitio web y le enviaremos un aviso por lo menos 30 días antes de la fecha de vigencia del cambio.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Condición Médica
El formulario comienza en la página 13. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según el tipo de condiciones médicas que tratan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca están listados bajo la categoría de Agentes Cardiovasculares. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 11. Luego, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría correspondiente.

Listado Alfabético
Si no está seguro bajo qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 186. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos están listados en el Índice. Busque su medicamento en el Índice. Junto al nombre de su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

El UCLA Health Medicare Advantage Plan cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA y contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Existen sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Por

lo general, los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por los de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y cómo están relacionados con los biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto puede significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los típicos medicamentos. Debido a su complejidad, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas llamadas biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden 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."

¿Existen restricciones en mi cobertura?

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

- **Autorización Previa:** El UCLA Health Medicare Advantage Plan requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener nuestra aprobación con base a criterios específicos antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

- **Límites de Cantidad:** Para ciertos medicamentos, el UCLA Health Medicare Advantage Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, proporcionamos 4 unidades por receta para el autoinyector de epinefrina. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de uno o tres meses.

- **Terapia Escalonada:** En algunos casos, el UCLA Health Medicare Advantage Plan requiere que primero intente ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan su condición médica, es posible que no cubramos el Medicamento B a menos que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el Medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando el formulario que comienza en la página 13. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a los medicamentos específicos cubiertos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que

le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez el formulario, aparece en las páginas de portada y contraportada.

Puede pedirle al UCLA Health Medicare Advantage Plan que haga una excepción a estas restricciones o límites, o solicitar una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición médica. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario del UCLA Health Medicare Advantage Plan?" en la página 6 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Los medicamentos OTC son medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por el plan de medicamentos con receta de Medicare.

¿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 descubre que el UCLA Health Medicare Advantage Plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedir a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por el UCLA Health Medicare Advantage Plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.

- Puede pedir al UCLA Health Medicare Advantage Plan 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 del UCLA Health Medicare Advantage Plan?

Puede pedir al UCLA Health Medicare Advantage Plan que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitar.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento será cubierto a un nivel de costos compartidos preestablecido, y no podrá solicitarnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.

- Puede pedirnos que eliminemos una restricción de cobertura, incluyendo autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad en su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, el UCLA Health Medicare Advantage Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que eliminemos el límite y cubramos una mayor cantidad.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costos compartidos más bajo, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que deba pagar para su medicamento.

Generalmente, el UCLA Health Medicare Advantage Plan 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 contactarnos para solicitar una excepción de nivel o una excepción al formulario, incluyendo una excepción a una restricción de cobertura. ***Cuando solicite una excepción, su médico deberá explicar las razones médicas por las cuales necesita la excepción.*** Generalmente, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de apoyo de su médico. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si cree, y estamos de acuerdo, que su salud podría verse gravemente afectada al esperar hasta 72 horas por 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 apoyo de su médico.

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

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

Para cada uno de sus medicamentos que no está en nuestro formulario o tiene una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta es para menos días, permitiremos recargas para proporcionar un suministro máximo de 30 días de medicamento. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

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

Si usted es un miembro actual que se traslada de un centro de cuidados de largo plazo o una estadía en el hospital a su hogar, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante un máximo de 30 días (o por menos días si su receta indica un suministro para menos días). Si se traslada de su hogar o una estadía en el hospital hacia un centro de cuidados de largo plazo, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante un máximo de 31 días (o por menos días si su receta indica un suministro para menos días).

Su costo compartido para la cobertura de medicamentos con receta

El cuadro a continuación muestra lo que usted paga en concepto de costo compartido para los medicamentos con receta en las farmacias de nuestra red. Este plan no cubre los medicamentos con receta de proveedores

fuera de la red salvo en situaciones de emergencia o de urgencia. Consulte el Directorio de farmacias para obtener una lista de los proveedores de la red en uclahealthmedicareadvantage.org/pharmacy. Para obtener los detalles de sus costos para medicamentos con receta y las diferentes etapas de su cobertura de medicamentos con receta, consulte la Sección 6, "Lo que usted paga para los medicamentos de la Parte D" en uclahealthmedicareadvantage.org/resources.

Deducible anual de medicamentos con receta	El deducible anual de medicamentos con receta de $300 solo se aplica a los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5.			
Cobertura inicial	En esta fase, el plan paga la parte del costo que le corresponde y usted paga su copago o coseguro que aparece en el cuadro a continuación. Usted permanecerá en esta fase hasta que el costo total de sus medicamentos acumulado en todo el año alcance los $2,400. Luego se pasa a la fase de cobertura Catastrófica.			
Nivel de cobertura del medicamento	**En farmacia minorista**		**Pedido por correo**	
	Suministro para 30 días*	**Suministro para 100 días**	**Suministro para 30 días**	**Suministro para 100 días**
Nivel 1: Genéricos preferidos:	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2: Genéricos	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 3: De marca preferidos	Copago de $47	Copago de $141	Copago de $47	Copago de $117.50
Nivel 3: Medicamentos de insulina cubiertos	Copago de $35	Copago de $105	Copago de $35	Copago de $87.50
Nivel 4: Medicamento no preferido	Coseguro del 27 %	Coseguro del 27 % minorista (con límite de suministro para 90 días)	Coseguro del 27 %	Coseguro del 27 % minorista (con límite de suministro para 90 días)
Nivel 5: De especialidad	Coseguro del 30 %	Sin cobertura	Coseguro del 30 %	Sin cobertura
Cobertura catastrófica	Una vez que el total de gastos de su bolsillo alcance los $2,400, usted no pagará nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare durante el resto del año del plan.			

* Los miembros que viven en centros de cuidados de largo plazo pagan lo mismo por un suministro para 31 días que por un suministro para 30 días en una farmacia minorista.

Para más información

Para obtener más información detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de su UCLA Health Medicare Advantage Plan, por favor revise su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre nuestro plan, por favor contáctenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez el formulario, aparece en las páginas de portada y contraportada.

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

Formulario del UCLA Health Medicare Advantage Plan

El formulario a continuación proporciona información acerca de los medicamentos incluidos en la cobertura del UCLA Health Medicare Advantage Plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 186.

La primera columna de la tabla enumera el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (por ejemplo, ENTRESTO), y los medicamentos genéricos se enumeran en cursiva y en minúsculas (por ejemplo, *amoxicillin*).

La información en la columna de Requisitos/Límites le indica si el UCLA Health Medicare Advantage Plan tiene requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

- El símbolo [EX] indica que este medicamento recetado no está normalmente cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. El monto que paga cuando surte una receta para este medicamento no cuenta para el total de sus costos de medicamentos (es decir, la cantidad que paga no le ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.

- El símbolo [QL] indica límites de cantidad para ciertos medicamentos y especifica la cantidad que el plan cubrirá (suministro en días o cantidad dispensada). Si su médico prescribe más que esta cantidad o considera que el límite no es adecuado para su condición, usted o su médico pueden solicitar al plan que cubra una cantidad mayor.

- El símbolo [HI] indica que este medicamento recetado puede estar cubierto bajo nuestro beneficio médico. Para más información, comuníquese a Servicios para Miembros del UCLA Health Medicare Advantage Plan al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes, excepto los feriados federales; y del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad, o visite uclahealthmedicareadvantage.org

- El símbolo [ST] indica que, antes de que se proporcione cobertura para este medicamento, primero debe probar otro(s) medicamento(s) para tratar su condición médica. Este medicamento solo puede estar cubierto si el/los otro(s) medicamento(s) no funcionan para usted.

- El símbolo [PA] indica que usted (o su médico) debe obtener una autorización previa del UCLA Health Medicare Advantage Plan antes de surtir su receta para este medicamento. Sin la aprobación previa, el UCLA Health Medicare Advantage Plan puede no cubrir este medicamento.

- El símbolo [PA NSO] indica Autorización Previa para Nuevos Comienzos únicamente para un miembro nuevo en una terapia con medicamentos. Esto significa que la primera vez que un miembro toma ese medicamento específico con gestión de utilización (UM), se requiere un proceso que especifica que los miembros obtengan aprobación anticipada para la cobertura del plan antes de que se brinde un servicio o se surta una receta.

- El símbolo [PA BvD] indica que este medicamento recetado puede estar cubierto bajo la Parte B o D de Medicare, dependiendo de las circunstancias. Usted (o su médico) debe obtener una autorización previa antes de surtir su receta para este medicamento. Sin la aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.

- El símbolo [CB] indica un Beneficio Limitado, lo que significa que este medicamento tiene un monto límite específico por mes y no permite recargas anticipadas.

- El símbolo [NDS] indica que no se permite un suministro extendido de días.

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer 13
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias 29
Agentes Antiansiedad 30
Agentes Antidemencia 31
Agentes Antidiabetico 32
Agentes Antigota 36
Agentes Antihipoglicémicos 36
Agentes Antimigraña 37
Agentes Antinausea 38
Agentes Antiparasitarios 39
Agentes Antiparkinson 40
Agentes Antipsicóticos 41
Agentes Calóricos 46
Agentes Cardiovasculares 47
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica 57
Agentes De Trastorno De Sueño 57
Agentes Del Sistema Nervioso Central 58
Agentes Del Tracto Respiratorio 60
Agentes Dentales Y Orales 64
Agentes Dermatológicos 64
Agentes Gastrointestinales 68
Agentes Genitourinarios 72
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador 73
Agentes Inmunológicos 78
Agentes Oftálmicos 91
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta 93
Agentes Simpaticomiméticos (Adrenérgicos) 96

Agentes Terapeuticos Misceláneos 97
Agentes Vasodilatadores 98
Analgésicos 98
Anestésicos 102
Antagonistas De Metales Pesados 102
Antibacterianos 102
Anticonceptivos 109
Anticonvulsivos 118
Antidepresivos 123
Antifúngicos 126
Antihistamínicos 128
Antimicobacteriales 128
Antivirales (Sitémico) 129
Dispositivos 135
Parasimpaticomiméticos (Agentes Colinérgicos) 178
Preparaciones De Reemplazo 178
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen 180
Reemplazo/Modificadores De Enzima 182
Relajantes Musculares Esqueléticos 183
Vitaminas Y Minerales 183

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer			
Agentes Anti Cáncer			
abiraterone oral tablet 250 mg	(Zytiga)	2	PA NSO; QL (120 per 30 days)
abirtega oral tablet 250 mg	(Zytiga)	2	PA NSO; QL (120 per 30 days)
adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml	(Fluorouracil)	2	PA BvD
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)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG		5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG		5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
bendamustine intravenous recon soln 25 mg	(Treanda)	2	PA NSO
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)	2	PA NSO
bexarotene topical gel 1 %	(Targretin)	5	PA NSO; NDS
bicalutamide oral tablet 50 mg	(Casodex)	2	
bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit	(Bleomycin Sulfate)	2	
bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg	(Velcade)	4	PA NSO; HI
bortezomib injection recon soln 3.5 mg	(Velcade)	5	PA NSO; HI; 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)
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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	(Cyclophosphamide)	2	PA BvD
cyclophosphamide intravenous recon soln 2 gram, 500 mg	(Cyclophosphamide)	5	PA BvD; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml	(Cyclophosphamide)	5	PA BvD; NDS
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	(Cyclophosphamide)	2	PA BvD; ST
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	(Cyclophosphamide)	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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	(Decitabine)	2	HI
doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml	(Doxil)	5	PA BvD; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG		4	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG		4	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG		4	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)		4	PA NSO
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)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
erlotinib oral tablet 100 mg	(Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
erlotinib oral tablet 150 mg	(Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
erlotinib oral tablet 25 mg	(Tarceva)	2	PA NSO; QL (60 per 30 days)
etoposide intravenous solution 20 mg/ml	(Avopef)	2	HI

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	(flutamide)	5	NDS
everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg	(Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg	(Afinitor)	2	PA NSO; QL (30 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 7.5 mg	(Afinitor)	2	PA NSO; 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)	2	
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	(Floxuridine)	2	PA BvD
fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml	(Fluorouracil)	2	PA BvD
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG		5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
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	(Faslodex)	2	
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	2	
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)
ifosfamide intravenous recon soln 1 gram (Ifex)	2	
ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml (Ifex)	2	
imatinib oral tablet 100 mg (Gleevec)	2	PA NSO; QL (180 per 30 days)
imatinib oral tablet 400 mg (Gleevec)	2	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KISQALI 200 MG DAILY DOSE 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; 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)
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)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)		5	PA NSO; 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	(Leuprolide Acetate)	4	PA NSO
leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml	(Leuprolide Acetate)	2	PA NSO
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)	2	
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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
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	(Megestrol Acetate)	2	
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
mercaptopurine oral tablet 50 mg	(Mercaptopurine)	2	
methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram	(Methotrexate Sodium/PF)	2	
methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml	(Methotrexate Sodium/PF)	2	
methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml	(Methotrexate Sodium)	2	
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	(Methotrexate Sodium)	2	PA BvD; ST
mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml	(Mitoxantrone HCl)	2	HI
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	(Nilandron)	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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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; HI; NDS
pazopanib oral tablet 200 mg	(Votrient)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
pazopanib oral tablet 400 mg	(Votrient)	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	(Alimta)	2	HI
pemetrexed disodium intravenous recon soln 500 mg, 750 mg	(Alimta)	5	HI; NDS
pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml	(Alimta)	5	HI; 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
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	(Tamoxifen Citrate)	2	
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	
toremifene oral tablet 60 mg	(Fareston)	2	
torpenz oral tablet 10 mg	(Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg	(Tretinoin)	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
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 (Vinorelbine Tartrate)	2	HI
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)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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)
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 (Afinitor)	2	PA NSO; QL (60 per 30 days)
yulithira oral tablet 2.5 mg, 5 mg (Afinitor)	2	PA NSO; 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
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; HI; 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	(Acamprosate Calcium)	2	
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg	(Buprenorphine HCl)	2	
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	(Suboxone)	4	
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg	(Buprenorphine HCl/Naloxone HCl)	2	
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg	(Bupropion HCl)	2	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	(Disulfiram)	2	
KLOXXADO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION		3	QL (4 per 30 days)
naloxone injection solution 0.4 mg/ml	(Naloxone HCl)	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
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml	(Naloxone HCl)	2	
naltrexone oral tablet 50 mg	(Naltrexone HCl)	2	
NICOTROL NS NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/ML		4	QL (240 per 180 days)
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Chantix)	2	QL (336 per 365 days)
varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)	(Chantix)	2	QL (336 per 365 days)
varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)	(Chantix)	2	
Agentes Antiansiedad			
Benzodiacepinas			
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	(Xanax)	1	NDS; QL (120 per 30 days)
alprazolam oral tablet 2 mg	(Xanax)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg	(Chlordiazepoxide HCl)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	(Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	(Clonazepam)	2	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg	(Clonazepam)	2	QL (300 per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	(Clorazepate Dipotassium)	2	QL (180 per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml	(Diazepam)	2	QL (10 per 28 days)
diazepam injection syringe 5 mg/ml	(Diazepam)	2	
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	(Diazepam)	2	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)	(Diazepam)	2	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Valium)	1	QL (120 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lorazepam 2 mg/ml oral concent	(Lorazepam)	2	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	QL (2 per 30 days)
lorazepam injection syringe 2 mg/ml	(Lorazepam)	1	QL (2 per 30 days)
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml	(Lorazepam)	2	NDS; QL (150 per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Ativan)	1	NDS; QL (90 per 30 days)
lorazepam oral tablet 2 mg	(Ativan)	1	NDS; QL (150 per 30 days)
temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg	(Restoril)	1	NDS; QL (30 per 30 days)
temazepam oral capsule 22.5 mg	(Restoril)	2	NDS; QL (30 per 30 days)
temazepam oral capsule 7.5 mg	(Restoril)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Antidemencia			
Agentes Antidemencia			
donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg	(Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet 23 mg	(Aricept)	2	QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg	(Donepezil HCl)	2	
donepezil oral tablet,disintegrating 5 mg	(Donepezil HCl)	2	QL (30 per 30 days)
ergoloid oral tablet 1 mg	(Ergoloid Mesylates)	2	
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg	(Galantamine Hbr)	2	QL (30 per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml	(Galantamine Hbr)	2	QL (200 per 30 days)
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	(Galantamine Hbr)	2	QL (60 per 30 days)
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 360 MG/1.8 ML		5	PA; NDS; QL (7.2 per 28 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	(Namenda XR)	2	ST; QL (30 per 30 days)
memantine oral solution 2 mg/ml	(Memantine HCl)	2	QL (300 per 30 days)
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	(Namenda)	2	QL (60 per 30 days)
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	(Rivastigmine Tartrate)	2	
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour	(Exelon)	2	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico			
Agentes Antidiabeticos, Varios			
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Precose)	2	
dapagliflozin oral tablet 10 mg, 5 mg	(Farxiga)	2	QL (30 per 30 days)
dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 10-1,000 mg, 10-500 mg, 5-1,000 mg, 5-500 mg	(Xigduo XR)	2	
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	(Metformin HCl)	1	QL (75 per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg	(Metformin HCl)	1	QL (150 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
metformin oral tablet 850 mg	(Metformin HCl)	1	QL (90 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	(Metformin HCl)	1	QL (120 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	(Metformin HCl)	1	QL (60 per 30 days)
mifepristone oral tablet 300 mg	(Mifepristone)	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	(Nateglinide)	2	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	(Actoplus Met)	2	QL (90 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg	(Actoplus Met)	2	QL (90 per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Repaglinide)	2	QL (120 per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg	(Repaglinide)	2	QL (240 per 30 days)
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)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)	(Semglee (Yfgn) Pen)	3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml	(Semglee (Yfgn))	3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml	(Humalog)	3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine)	3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine)	3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)		3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin aspart u-100)	3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	(insulin asp prt-insulin aspart)	3	max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	(insulin asp prt-insulin aspart)	3	max $35 copay per month supply; 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; 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; QL (40 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML		3	max $35 copay per month supply; QL (15 per 25 days)
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; QL (18 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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; 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; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas			
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	(Glimepiride)	1	QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	(Glimepiride)	1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	(Glipizide)	1	QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 2.5 mg	(Glipizide)	1	QL (90 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	(Glipizide)	1	QL (240 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	(Glucotrol XL)	1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg	(Glucotrol XL)	1	QL (30 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg	(Glipizide/Metformin HCl)	2	QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	(Glipizide/Metformin HCl)	2	QL (120 per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg	(Glyburide,Micronized)	1	
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Glyburide)	1	
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg	(Glyburide/Metformin HCl)	1	
Agentes Antigota			
Agentes Antigota, Otros			
allopurinol oral tablet 100 mg	(Zyloprim)	1	
allopurinol oral tablet 300 mg	(Zyloprim)	1	
colchicine oral tablet 0.6 mg	(Colcrys)	2	QL (120 per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	(Uloric)	4	QL (30 per 30 days)
probenecid oral tablet 500 mg	(Probenecid)	2	
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg	(Probenecid/Colchicine)	2	
Agentes Antihipoglicémicos			

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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	(Naratriptan HCl)	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)
rizatriptan oral tablet 10 mg	(Maxalt)	2	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet 5 mg	(Maxalt)	2	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg	(Maxalt Mlt)	2	QL (18 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg	(Maxalt Mlt)	2	QL (18 per 30 days)
sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, suv	(Imitrex)	2	QL (4 per 28 days)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml autoinj suv	(Imitrex)	4	QL (4 per 28 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation	(Imitrex)	2	QL (12 per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg	(Imitrex)	2	QL (9 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
sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg	(Imitrex)	2	QL (18 per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml	(Imitrex)	4	QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml	(Imitrex)	2	QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml	(Sumatriptan Succinate)	2	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	(Emend)	2	PA BvD; QL (2 per 28 days)
aprepitant oral capsule 40 mg	(Emend)	2	PA BvD; QL (1 per 28 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	(Emend)	2	PA BvD; QL (8 per 28 days)
aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)	(Emend)	2	PA BvD
compro rectal suppository 25 mg	(Compazine)	2	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Marinol)	2	PA; QL (60 per 30 days)
meclizine oral tablet 12.5 mg	(Antivert)	1	
meclizine oral tablet 25 mg	(Antivert)	1	
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	(Ondansetron HCl)	2	PA BvD
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg	(Ondansetron)	2	PA BvD
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)	(Prochlorperazine Edisylate)	2	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	(Compazine)	2	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	(Compazine)	2	
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	(Promethazine HCl)	1	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	(Transderm-Scop)	2	QL (10 per 30 days)
Agentes Antiparasitarios			
Agentes Antiparasitarios			
albendazole oral tablet 200 mg	(Albendazole)	2	
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	(Mepron)	2	
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg	(Malarone)	2	
atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg	(Malarone)	2	
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg	(Chloroquine Phosphate)	2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	
hydroxychloroquine oral tablet 100 mg	(Plaquenil)	2	QL (180 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	(Plaquenil)	2	QL (90 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 300 mg	(Plaquenil)	2	QL (60 per 30 days)
hydroxychloroquine oral tablet 400 mg	(Plaquenil)	2	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
ivermectin oral tablet 3 mg	(Stromectol)	2	
ivermectin oral tablet 6 mg	(Stromectol)	2	
mefloquine oral tablet 250 mg	(Mefloquine HCl)	2	
nitazoxanide oral tablet 500 mg	(Nitazoxanide)	5	NDS; QL (60 per 30 days)
pentamidine inhalation recon soln 300 mg	(Nebupent)	2	PA BvD
pentamidine injection recon soln 300 mg	(Nebupent)	2	HI
praziquantel oral tablet 600 mg	(Biltricide)	2	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)		4	
pyrimethamine oral tablet 25 mg	(Daraprim)	5	PA; NDS

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
quinine sulfate oral capsule 324 mg	(Qualaquin)	2	PA
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	(Tinidazole)	2	
Agentes Antiparkinson			
Agentes Antiparkinson			
amantadine hcl oral capsule 100 mg	(Amantadine HCl)	2	
amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml	(Amantadine HCl)	2	
amantadine hcl oral tablet 100 mg	(Amantadine HCl)	2	
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	(Benztropine Mesylate)	2	
bromocriptine oral tablet 2.5 mg	(Parlodel)	2	
cabergoline oral tablet 0.5 mg	(Cabergoline)	2	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg	(Dhivy)	2	
carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg	(Dhivy)	2	
carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg	(Dhivy)	2	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	(Carbidopa/Levodopa)	2	
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	(Carbidopa/Levodopa)	2	
entacapone oral tablet 200 mg	(Comtan)	2	
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	(Pramipexole Di-HCl)	1	
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Azilect)	2	
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	(Ropinirole HCl)	1	
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg	(Ropinirole HCl)	2	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	(Selegiline HCl)	2	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	(Selegiline HCl)	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
trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg	(Trihexyphenidyl HCl)	2	
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)
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	(Aripiprazole)	2	
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	(Abilify)	2	
aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg	(Aripiprazole)	2	ST; QL (90 per 30 days)
aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg	(Aripiprazole)	2	ST; 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)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	2	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)
BYSANTI TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)		4	ST
BYSANTI TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)		4	ST
BYSANTI TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2MG(2)- 6 MG (2)		4	ST
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	(Chlorpromazine HCl)	2	
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Chlorpromazine HCl)	2	
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Clozaril)	2	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	(Clozapine)	2	ST; QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	(Clozapine)	2	ST; QL (180 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	(Clozapine)	2	ST; 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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)		4	ST
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)		4	ST
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	(Fluphenazine Decanoate)	2	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	(Fluphenazine HCl)	2	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	(Fluphenazine HCl)	2	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	(Fluphenazine HCl)	2	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Fluphenazine HCl)	2	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	(Haloperidol Decanoate)	2	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	(Haloperidol Lactate)	2	
haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml	(Haloperidol Lactate)	2	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	(Haloperidol Lactate)	2	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	(Haloperidol)	2	
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)

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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)
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	(Loxapine Succinate)	2	
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	(Latuda)	2	
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	(Molindone HCl)	2	QL (120 per 30 days)
molindone oral tablet 25 mg	(Molindone HCl)	2	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)	2	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)	2	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG		5	ST; NDS
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg	(Invega)	2	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg	(Invega)	2	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	(Invega)	2	QL (60 per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Perphenazine)	2	
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg	(Pimozide)	2	
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)	2	QL (2 per 28 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 25 mg/2 ml	(Risperdal Consta)	2	QL (2 per 28 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml	(Risperdal Consta)	5	NDS; QL (2 per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	(Risperdal)	2	QL (480 per 30 days)
risperidone oral tablet 0.25 mg	(Risperdal)	1	
risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Risperdal)	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
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg	(Risperidone)	2	QL (60 per 30 days)
risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg	(Risperidone)	2	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	(Thioridazine HCl)	2	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Thiothixene)	2	
trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Trifluoperazine HCl)	2	
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)	2	
ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)	(Geodon)	2	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG		4	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG		5	NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG		5	NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos			
Agentes Calóricos			

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %		4	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %		4	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %		4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %		4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %		4	PA BvD
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution	(Dextrose 5 % and 0.9 % NaCl)	2	
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	(Dextrose 5 % and 0.9 % NaCl)	2	HI
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	(Dextrose 5 %-0.45 % Sod Chlord)	2	HI
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution	(Dextrose 5 % in Water)	2	PA BvD; HI
dextrose 5%-0.9% nacl iv soln single use	(Dextrose 5 % and 0.9 % NaCl)	2	
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION		4	PA BvD; HI
Agentes Cardiovasculares			
Agentes Alfa-Adrenérgicos			
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	(Clonidine HCl)	1	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr	(Catapres-Tts 1)	2	
clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr	(Catapres-Tts 1)	2	
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr	(Catapres-Tts 1)	2	
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg	(Guanfacine HCl)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Midodrine HCl)	2	
Agentes Antiarritmicos			
amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg	(Amiodarone HCl)	2	
amiodarone oral tablet 400 mg	(Amiodarone HCl)	2	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	(Tikosyn)	2	
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	(Flecainide Acetate)	2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		3	
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	(Amiodarone HCl)	2	
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg	(Rythmol SR)	2	
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	(Propafenone HCl)	2	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	(Quinidine Sulfate)	2	
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	(Prazosin HCl)	2	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos			
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg	(Acebutolol HCl)	2	
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Tenormin)	1	
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	(Tenoretic 50)	2	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Bisoprolol Fumarate)	2	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	(Bisoprolol/Hydrochlorothiazide)	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
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	(Labetalol HCl)	2	
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	(Lopressor)	1	
nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Bystolic)	2	
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	(Inderal LA)	2	
propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	(Propranolol HCl)	2	
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	(Propranolol HCl)	2	
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(Betapace)	2	
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(Betapace)	2	
sotalol oral tablet 240 mg	(Betapace)	2	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Timolol Maleate)	4	
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	(Lotrel)	1	
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	(Azor)	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
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	(Exforge)	2	
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)	2	
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(Cardizem CD)	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg	(Cardizem CD)	4	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg	(Cardizem CD)	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 300 mg	(Cardizem CD)	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 240 mg	(Cartia XT)	2	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg	(Cardizem CD)	2	
diltiazem hcl oral tablet 90 mg	(Cardizem CD)	2	
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	(Cardizem CD)	2	
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Felodipine)	1	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg	(Procardia XL)	2	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 90 mg	(Procardia XL)	2	
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg	(Nifedipine)	2	
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	(Tiazac)	2	
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	(Cardizem CD)	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
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg	(Verapamil HCl)	2	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg	(Verapamil HCl)	4	
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	(Verapamil HCl)	1	
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	(Verapamil HCl)	2	
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)	2	ST; QL (60 per 30 days)
metyrosine oral capsule 250 mg	(Demser)	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)	2	
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg	(Ranolazine)	2	
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG		5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii			
candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	(Atacand)	2	
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	(Atacand HCT)	2	
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg	(Avapro)	1	
irbesartan oral tablet 75 mg	(Avapro)	1	
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	(Avalide)	2	
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	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	2	
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	(Benicar HCT)	2	
sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg	(Entresto)	2	QL (180 per 30 days)
sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg	(Entresto)	2	QL (60 per 30 days)
telmisartan oral tablet 20 mg	(Micardis)	2	
telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg	(Micardis)	2	
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg	(Micardis HCT)	2	
valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg	(Diovan)	2	
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	(Diovan HCT)	2	
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)	2	
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg	(Caduet)	2	
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lipitor)	1	
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram	(Questran)	2	
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	(Cholestyramine)	2	
colesevelam oral tablet 625 mg	(Welchol)	2	
colestipol oral packet 5 gram	(Colestipol HCl)	2	
colestipol oral tablet 1 gram	(Colestid)	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
ezetimibe oral tablet 10 mg	(Zetia)	1	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg	(Vytorin)	2	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg	(Vytorin)	2	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg	(Vytorin)	2	QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg	(Vytorin)	2	QL (30 per 30 days)
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg	(Fenofibrate,Micronized)	1	
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg	(Tricor)	1	
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg	(Fenoglide)	1	
fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg	(Fluvastatin Sodium)	2	QL (60 per 30 days)
fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg	(Lescol XL)	2	
gemfibrozil oral tablet 600 mg	(Lopid)	1	
icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram	(Vascepa)	2	QL (240 per 30 days)
icosapent ethyl oral capsule 1 gram	(Vascepa)	2	QL (120 per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Lovastatin)	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	(Niacin)	2	
omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram	(Lovaza)	2	ST; QL (120 per 30 days)
pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	(Livalo)	2	QL (30 per 30 days)
pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Pravastatin Sodium)	1	
prevalite oral powder in packet 4 gram	(Cholestyramine)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg	(Zocor)	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	(Amiloride HCl)	1	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	(Amiloride/Hydrochlorothiazide)	2	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	(Bumetanide)	2	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	(Chlorthalidone)	1	
furosemide injection solution 10 mg/ml	(Furosemide)	1	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	(Furosemide)	1	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lasix)	1	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	(Hydrochlorothiazide)	1	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	(Hydrochlorothiazide)	1	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	(Indapamide)	1	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Metolazone)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Aldactone)	1	
spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg	(Spironolact/Hydrochlorothiazid)	2	
tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 15 mg, 30 mg	(Samsca)	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
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	(Soaanz)	1	
triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg	(Triamterene/Hydrochlorothiazid)	1	
triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	(Maxzide)	1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina			
benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Lotensin)	1	
benazepril oral tablet 5 mg	(Lotensin)	1	
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Lotensin HCT)	2	
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg	(Lotensin HCT)	2	
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	(Captopril)	2	
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	(Vaseretic)	1	
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Fosinopril Sodium)	1	
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg	(Fosinopril/Hydrochlorothiazide)	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
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	(Zestril)	1	
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	(Moexipril HCl)	2	
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Perindopril Erbumine)	2	
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Accupril)	1	
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Accuretic)	2	
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Altace)	1	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	(Trandolapril)	2	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona			
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg	(Tekturna)	2	
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	(Inspra)	2	
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	(Hydralazine HCl)	1	
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg	(Isordil)	2	
isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg	(Isordil)	2	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	(Isosorbide Mononitrate)	2	
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg	(Isosorbide Mononitrate)	1	
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	(Minoxidil)	2	
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	(Nitrostat)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
alendronate oral tablet 10 mg	(Fosamax)	1	QL (30 per 30 days)
alendronate oral tablet 35 mg	(Fosamax)	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	(Calcitonin,Salmon,Synthetic)	2	
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	(Rocaltrol)	1	
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	(Sensipar)	2	QL (60 per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	(Sensipar)	2	QL (120 per 30 days)
ibandronate oral tablet 150 mg	(Ibandronate Sodium)	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	
paricalcitol oral capsule 4 mcg	(Zemplar)	4	
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)	(Forteo)	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)
Agentes De Trastorno De Sueño			
Agentes De Trastorno De Sueño			
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	(Nuvigil)	2	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
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)	2	QL (30 per 30 days)
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg	(Lunesta)	2	QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 100 mg	(Provigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	(Provigil)	2	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	(Zaleplon)	2	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	(Strattera)	2	QL (60 per 30 days)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	(Strattera)	2	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)
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)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	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	(Lithium Carbonate)	1	
lithium carbonate oral tablet 300 mg	(Lithobid)	1	
lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg	(Lithobid)	2	
lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg	(Lithobid)	2	
lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml	(Lithium Citrate)	2	
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	(Methylin)	2	QL (900 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Ritalin)	2	QL (90 per 30 days)
riluzole oral tablet 50 mg	(Rilutek)	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
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	(Xenazine)	2	PA; QL (112 per 28 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio			
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros			
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	(Acetadote)	2	PA BvD
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG		5	NDS; QL (560 per 28 days)
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml	(Cromolyn Sodium)	2	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)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
pirfenidone oral capsule 267 mg	(Esbriet)	2	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	(Esbriet)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 801 mg	(Esbriet)	2	PA; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML		5	PA BvD; HI; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		5	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
roflumilast oral tablet 250 mcg	(Daliresp)	2	QL (28 per 28 days)
roflumilast oral tablet 500 mcg	(Daliresp)	2	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
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)	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation	(Fluticasone Propionate)	2	QL (12 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation	(Fluticasone Propionate)	2	QL (24 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation	(Fluticasone Propionate)	2	QL (21.2 per 30 days)
Antileucotrinos			

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
montelukast oral tablet 10 mg	(Singulair)	1	
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	(Singulair)	1	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	(Accolate)	2	
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)	2	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)	(Ventolin Hfa)	2	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)	(Ventolin Hfa)	2	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	(Albuterol Sulfate)	2	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	(Symbicort)	2	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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	(Advair Diskus)	2	QL (60 per 30 days)
ipratropium bromide inhalation hfa aerosol inhaler 17 mcg/actuation	(Atrovent Hfa)	2	QL (25.8 per 28 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	(Ipratropium Bromide)	2	PA BvD
ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml	(Ipratropium/Albuterol Sulfate)	2	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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
theophylline oral solution 80 mg/15 ml	(Theophylline Anhydrous)	2	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg	(Theophylline Anhydrous)	2	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 450 mg	(Theophylline Anhydrous)	4	
theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg	(Theophylline Anhydrous)	2	
tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg	(Spiriva Handihaler)	2	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG		3	QL (60 per 30 days)
wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	(Advair Diskus)	2	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales			
Agentes Dentales Y Orales			
cevimeline oral capsule 30 mg	(Evoxac)	4	
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	(Chlorhexidine Gluconate)	1	
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	(Chlorhexidine Gluconate)	1	
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg	(Salagen)	2	
pilocarpine hcl oral tablet 7.5 mg	(Salagen)	4	
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	(Kourzeq)	2	
Agentes Dermatológicos			
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos			
ala-cort topical cream 1 %	(Hydrocortisone)	2	
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %	(Betamethasone Dipropionate)	2	
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %	(Betamethasone Dipropionate)	2	
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %	(Betamethasone Dipropionate)	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
betamethasone valerate topical cream 0.1 %	(Betamethasone Valerate)	2	
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %	(Betamethasone Valerate)	2	
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %	(Betamethasone Valerate)	2	
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %	(Betamethasone/Propylene Glyc)	2	
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %	(Betamethasone Dipropionate)	2	
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %	(Betamethasone/Propylene Glyc)	2	
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	(Diprolene)	2	
clobetasol scalp solution 0.05 %	(Clobetasol Propionate)	2	
clobetasol topical cream 0.05 %	(Clobetasol Propionate)	2	
clobetasol topical gel 0.05 %	(Clobetasol Propionate)	4	
clobetasol topical ointment 0.05 %	(Temovate)	2	
clobetasol topical shampoo 0.05 %	(Clobex)	2	
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %	(Clobetasol Propionate/Emoll)	2	
diclofenac sodium topical drops 1.5 %	(Diclofenac Sodium)	2	QL (300 per 30 days)
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)	(Diclofenac Sodium)	2	PA; QL (224 per 28 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %		3	
fluocinolone topical cream 0.01 %	(Synalar)	2	
fluocinolone topical cream 0.025 %	(Synalar)	2	
fluocinolone topical ointment 0.025 %	(Synalar)	2	
fluocinonide topical cream 0.05 %	(Vanos)	2	
fluocinonide topical cream 0.1 %	(Vanos)	2	
fluocinonide topical gel 0.05 %	(Fluocinonide)	2	
fluocinonide topical ointment 0.05 %	(Fluocinonide)	2	
fluocinonide topical solution 0.05 %	(Fluocinonide)	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
fluticasone propionate topical cream 0.05 %	(Fluticasone Propionate)	2	
halobetasol propionate topical cream 0.05 %	(Halobetasol Propionate)	2	
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %	(Halobetasol Propionate)	2	
hydrocortisone 2.5% cream	(Hydrocortisone)	2	
hydrocortisone topical cream 1 %	(Hydrocortisone)	2	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Hydrocortisone)	2	
hydrocortisone topical lotion 2.5 %	(Scalacort)	2	
hydrocortisone topical ointment 1 %	(Hydrocortisone)	1	
hydrocortisone topical ointment 2.5 %	(Hydrocortisone)	1	
hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %	(Hydrocortisone Valerate)	2	
mometasone topical cream 0.1 %	(Mometasone Furoate)	2	
mometasone topical ointment 0.1 %	(Mometasone Furoate)	2	
mometasone topical solution 0.1 %	(Mometasone Furoate)	2	
procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Anusol-HC)	2	
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Anusol-HC)	2	
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Anusol-HC)	2	
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %	(Triamcinolone Acetonide)	1	
triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %	(Triamcinolone Acetonide)	1	
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %	(Triamcinolone Acetonide)	2	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	(Triamcinolone Acetonide)	2	
Agentes Dermatológicos, Otros			
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	(Acitretin)	2	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %		4	PA

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ammonium lactate topical cream 12 %	(Ammonium Lactate)	2	
ammonium lactate topical lotion 12 %	(Ammonium Lactate)	2	
calcipotriene scalp solution 0.005 %	(Calcipotriene)	2	QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical cream 0.005 %	(Calcipotriene)	2	QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical ointment 0.005 %	(Calcipotriene)	2	QL (120 per 30 days)
fluorouracil topical cream 5 %	(Carac)	2	
fluorouracil topical solution 2 %, 5 %	(Fluorouracil)	2	
imiquimod topical cream in packet 5 %	(Imiquimod)	2	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	(Methoxsalen)	5	NDS
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	(Rectiv)	2	QL (30 per 30 days)
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %		5	NDS; QL (60 per 28 days)
podofilox topical solution 0.5 %	(Podofilox)	2	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM		4	QL (180 per 30 days)
selenium sulfide topical lotion 2.5 %	(Selenium Sulfide)	2	
silver sulfadiazine topical cream 1 %	(Silvadene)	2	
ssd topical cream 1 %	(Silvadene)	4	
tazarotene topical cream 0.1 %	(Tazorac)	2	
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	(Retin-A)	2	PA
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %		5	PA NSO; NDS
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(Absorica)	2	
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
acyclovir topical ointment 5 %	(Zovirax)	2	QL (30 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 %	(Terconazole)	2	
terconazole vaginal suppository 80 mg	(Terconazole)	4	
Antibacterianos Dermatológicos			
clindamycin phosphate topical solution 1 %	(Cleocin T)	2	QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 %	(Clindacin P)	2	
erythromycin with ethanol topical solution 2 %	(Erythromycin Base In Ethanol)	2	
gentamicin topical cream 0.1 %	(Gentamicin Sulfate)	2	QL (90 per 30 days)
metronidazole topical cream 0.75 %	(Metrocream)	2	
metronidazole topical gel 0.75 %	(Rosadan)	4	
metronidazole topical gel 1 %		4	
mupirocin topical ointment 2 %	(Centany)	1	QL (220 per 30 days)
rosadan topical cream 0.75 %	(Metrocream)	2	
Escabicidas Y Pediculicidas			
malathion topical lotion 0.5 %	(Ovide)	2	
permethrin topical cream 5 %	(Elimite)	2	QL (60 per 30 days)
Agentes Gastrointestinales			
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos			
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml	(Cimetidine HCl)	2	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg	(Nexium)	1	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	(Nexium)	1	
famotidine oral tablet 20 mg	(Pepcid)	1	
famotidine oral tablet 40 mg	(Pepcid)	1	
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg	(Prevacid)	2	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
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	(Omeprazole)	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	QL (168 per 14 days)
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		4	PA
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Lotronex)	2	
balsalazide oral capsule 750 mg	(Colazal)	2	
budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg		2	
budesonide rectal foam 2 mg/actuation	(Uceris)	2	
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml	(Cortenema)	2	
mesalamine oral capsule, extended release 500 mg	(Pentasa)	2	
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	(Apriso)	4	
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram	(Lialda)	4	QL (120 per 30 days)
mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml	(Mesalamine)	2	
mesalamine rectal suppository 1,000 mg	(Canasa)	2	
sulfasalazine oral tablet 500 mg	(Azulfidine)	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
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	(Azulfidine)	4	
Agentes Gastrointestinales, Otros			
bismuth subcit k-metronidz-tcn oral capsule 140-125-125 mg	(Pylera)	2	QL (168 per 14 days)
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg	(Calcium Acetate)	2	
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg	(Calcium Acetate)	2	
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	(Carglumic Acid)	5	PA; NDS
constulose oral solution 10 gram/15 ml	(Lactulose)	2	
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	(Gastrocrom)	2	
dicyclomine oral capsule 10 mg	(Dicyclomine HCl)	2	
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml	(Dicyclomine HCl)	2	
dicyclomine oral tablet 20 mg	(Dicyclomine HCl)	2	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	(Lomotil)	2	
enulose oral solution 10 gram/15 ml	(Lactulose)	2	
generlac oral solution 10 gram/15 ml	(Lactulose)	2	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg	(Robinul)	2	
glycopyrrolate oral tablet 2 mg	(Robinul)	2	
kionex oral suspension 15 gram/60 ml	(Sodium Polystyrene Sulfonate)	2	
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	(Lactulose)	2	
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	(Loperamide HCl)	2	
lubiprostone oral capsule 24 mcg	(Amitiza)	2	QL (60 per 30 days)
lubiprostone oral capsule 8 mcg	(Amitiza)	2	QL (120 per 30 days)
metoclopramide hcl oral solution 5 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
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)	2	
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	(Renvela)	2	
sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg	(Sevelamer HCl)	2	
sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram	(Sodium Polystyrene Sulfonate)	2	
sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gram/60 ml	(Sodium Polystyrene Sulfonate)	2	
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	(Sodium Polystyrene Sulfon/Sorb)	2	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG		3	QL (30 per 30 days)
ursodiol oral capsule 300 mg	(Reltone)	2	
ursodiol oral tablet 250 mg	(Urso)	2	
ursodiol oral tablet 500 mg	(Urso)	2	
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	(Golytely)	2	
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(Golytely)	2	
gavilyte-n oral recon soln 420 gram	(Sodium Chloride/Nahco3/Kcl/Peg)	2	
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(Golytely)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	(Sodium Chloride/Nahco3/Kcl/Peg)	2	
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram	(Suprep)	2	
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)	(Suprep)	2	
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)	2	
finasteride oral tablet 5 mg	(Proscar)	1	
tamsulosin oral capsule 0.4 mg	(Flomax)	1	
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Terazosin HCl)	1	
Antiespasmódicos, Urinario			
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	(Bethanechol Chloride)	2	
darifenacin oral tablet extended release 24 hr 15 mg, 7.5 mg	(Darifenacin Hydrobromide)	2	
fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg	(Toviaz)	2	
flavoxate oral tablet 100 mg	(Flavoxate HCl)	2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	(mirabegron)	2	
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml	(Oxybutynin Chloride)	2	
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	(Oxybutynin Chloride)	1	
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg	(Oxybutynin Chloride)	2	
solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg	(Vesicare)	2	
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg	(Detrol LA)	2	
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg	(Detrol)	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
trospium oral tablet 20 mg	(Trospium Chloride)	2	
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	(Cytomel)	2	
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	(Cytomel)	2	
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	(Methimazole)	1	
propylthiouracil oral tablet 50 mg	(Propylthiouracil)	2	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; NDS
Andrógenos			
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	(Danazol)	2	
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml	(Depo-Testosterone)	2	PA
testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)	(Depo-Testosterone)	2	PA
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml	(Testosterone Enanthate)	2	PA; QL (5 per 28 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	(Vogelxo)	4	PA; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	(Vogelxo)	4	PA; QL (150 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)	(Testosterone)	4	PA; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)	(Testosterone)	4	PA; QL (300 per 30 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos			
abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg	(Activella)	1	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
abigale oral tablet 1-0.5 mg	(Activella)	2	
conjugated estrogens oral tablet 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg	(Premarin)	2	
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	(Minivelle)	2	QL (8 per 28 days)
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	(Vagifem)	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	(Minivelle)	2	QL (8 per 28 days)
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	(Climara)	2	QL (4 per 28 days)
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)	(Estrace)	2	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	(Vagifem)	4	QL (18 per 28 days)
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg	(Activella)	2	
estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg	(Activella)	2	
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	(Activella)	2	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM		3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)		3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		3	
raloxifene oral tablet 60 mg	(Evista)	2	
yuvafem vaginal tablet 10 mcg	(Vagifem)	4	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides			
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml	(Dexamethasone)	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
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	(Dexamethasone)	2	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml	(Dexamethasone Sodium Phosphate)	1	HI
dexamethasone sodium phosphate injection solution 4 mg/ml	(Dexamethasone Sodium Phosphate)	1	
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg	(Fludrocortisone Acetate)	2	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Cortef)	2	
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)	2	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	(Medrol)	2	
methylprednisolone oral tablet 32 mg	(Medrol)	2	
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg	(Medrol)	1	
prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)	(Pediapred)	2	
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml	(Pediapred)	2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	(Pediapred)	2	
prednisone oral solution 5 mg/5 ml	(Prednisone)	2	PA BvD
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	(Prednisone)	1	PA BvD
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)	(Prednisone)	2	
TARPEYO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 4 MG		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
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml	(Kenalog-40)	2	
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)
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)	(Desmopressin (Nonrefrigerated))	2	
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	(Desmopressin (Nonrefrigerated))	2	
desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	(DDAVP)	2	
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 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
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
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 (Octreotide Acetate)	2	
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml (Octreotide Acetate)	2	
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	(lanreotide)	5	PA NSO; NDS; QL (0.3 per 28 days)
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)	2	
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	(Depo-Provera)	1	
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	(Depo-Provera)	2	
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)	(Megestrol Acetate)	2	
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)	(Megestrol Acetate)	2	
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	(Norethindrone Acetate)	2	
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	(Prometrium)	2	
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	(Yuflyma(Cf) Autoinjector)	5	PA; NDS
adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml	(Adalimumab-Aaty)	5	PA; NDS

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
adalimumab-aaty(cf) ai crohns subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml	(Yuflyma(Cf) Autoinjector)	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)	2	PA BvD
azathioprine sodium injection recon soln 100 mg	(Azathioprine Sodium)	2	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)	2	PA BvD
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg	(Neoral)	2	PA BvD
cyclosporine modified oral capsule 50 mg	(Neoral)	2	PA BvD
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	(Neoral)	2	PA BvD

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	(Sandimmune)	2	PA BvD
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg	(Tecfidera)	2	PA; QL (14 per 7 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)	(Tecfidera)	2	PA
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg	(Tecfidera)	2	PA; 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
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg	(Zortress)	2	PA BvD
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML		5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
fingolimod oral capsule 0.5 mg	(Gilenya)	2	PA; 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	(Neoral)	2	PA BvD
gengraf oral solution 100 mg/ml	(Neoral)	2	PA BvD
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	(Copaxone)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	(Copaxone)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml	(Copaxone)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml	(Copaxone)	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
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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	2	
mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg	(Cellcept)	2	PA BvD
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	(Cellcept)	2	PA BvD
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml	(Cellcept)	2	PA BvD
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	(Cellcept)	2	PA BvD
mycophenolate sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg	(Myfortic)	2	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG		4	PA BvD
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 SYRINGE 45 MG/0.5 ML	(ustekinumab-aekn)	3	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	(ustekinumab-aekn)	5	PA; NDS
sirolimus oral solution 1 mg/ml	(Rapamune)	2	PA BvD
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	(Rapamune)	2	PA BvD
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	(Tacrolimus)	2	PA BvD
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	(Prograf)	2	PA BvD

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tacrolimus oral capsule,extended release 24hr 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	(Astagraf XL)	2	PA BvD
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %	(Tacrolimus)	2	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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	$0 copay
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	3	QL (3 per 365 days)
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	3	PA BvD; $0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	3	$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	3	$0 copay
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

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	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 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
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 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			
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	(Acetazolamide)	2	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	(Acetazolamide)	2	
acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg	(Acetazolamide Sodium)	2	
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Betaxolol HCl)	4	
bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.01 %	(Lumigan)	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
bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %	(Lumigan)	4	QL (2.5 per 25 days)
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Alphagan P)	4	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %	(Alphagan P)	2	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	(Alphagan P)	2	
brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %	(Combigan)	2	
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Azopt)	2	
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	(Carteolol HCl)	1	
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %	(Dorzolamide HCl)	2	
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 %	(Levobunolol HCl)	2	
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	(Methazolamide)	4	
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %	(Vuity)	2	
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 %	(Timolol Maleate)	1	
timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Betimol)	1	
travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %	(Travatan Z)	4	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %		4	QL (5 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta			
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta			
acetic acid otic (ear) solution 2 %	(Acetic Acid)	2	
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram	(Bacitracin)	2	
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	(Bacitracin/Polymyxin B Sulfate)	2	
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Ciprofloxacin HCl)	2	
ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	(Ciprofloxacin HCl/Dexameth)	2	QL (7.5 per 7 days)
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	(Erythromycin Base)	2	QL (3.5 per 4 days)
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Gentamicin Sulfate)	2	
hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %	(Hydrocortisone/Acetic Acid)	2	
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Vigamox)	2	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %		4	
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	(Neomycin/Bacit/P-Myx/Hydrocort)	2	
neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	(Neomycin/Bacitracin/Polymyxinb)	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %	(Maxitrol)	2	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml	(Neomycin/Polymyxn B/Gramicidin)	2	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	(Neomycin/Polymyxin B/Hydrocort)	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
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	(Neomycin/Polymyxin B/Hydrocort)	2	
neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	(Neomycin/Bacit/P-Myx/Hydrocort)	2	
neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	(Neomycin/Bacitracin/Polymyxinb)	2	
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Ocuflox)	2	
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %	(Ocuflox)	2	
polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	(Bacitracin/Polymyxin B Sulfate)	2	
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml	(Polymyxin B Sulf/Trimethoprim)	1	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %	(Sulfacetamide Sodium)	2	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %	(Sulfacetamide Sodium)	2	
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Tobramycin)	1	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %	(Tobramycin/Dexamethasone)	2	
tobramycin-lotepred ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.5 %	(Zylet)	2	
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %	(Trifluridine)	2	
XDEMVY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %		5	PA; NDS; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %		4	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta			
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %	(Prolensa)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %	(Restasis)	2	QL (60 per 30 days)
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Dexamethasone Sodium Phosphate)	2	
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Diclofenac Sodium)	2	
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	(Durezol)	4	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %		3	QL (8.3 per 14 days)
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)	(Flunisolide)	4	QL (50 per 25 days)
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %	(Dermotic)	2	
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	(FML)	2	
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %	(Flurbiprofen Sodium)	2	
fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation	(Fluticasone Propionate)	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)	2	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	QL (10 per 14 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %	(Alrex)	2	ST
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %	(Alrex)	4	QL (15 per 19 days)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %		3	QL (12 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	(Mometasone Furoate)	2	QL (34 per 30 days)
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %	(Maxitrol)	2	
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Pred Forte)	2	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)	(Sulfacetamide/Prednisolone Sp)	2	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %		3	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios			
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %		2	
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)	(Azelastine HCl)	2	QL (60 per 30 days)
azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)	(Azelastine HCl)	2	QL (30 per 25 days)
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	(Azelastine HCl)	2	
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %	(Cromolyn Sodium)	2	
epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	(Epinastine HCl)	4	
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)	(Ipratropium Bromide)	2	QL (30 per 28 days)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)	(Ipratropium Bromide)	2	QL (15 per 10 days)
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Olopatadine HCl)	2	
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	(Olopatadine HCl)	2	
Agentes Simpaticomiméticos (Adrenérgicos)			
Agentes Simpaticomiméticos (Adrenérgicos)			
droxidopa oral capsule 100 mg, 300 mg	(Northera)	2	PA; 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
droxidopa oral capsule 200 mg	(Northera)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml	(Epipen 2-Pak)	3	QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml	(Epipen 2-Pak)	2	QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml	(Epipen 2-Pak)	3	QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml	(Epipen 2-Pak)	2	QL (4 per 30 days)
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
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	(Buspirone HCl)	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	(Glutamine)	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	(Vistaril)	1	
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	(Leucovorin Calcium)	2	
mesna oral tablet 400 mg	(Mesnex)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes 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	(Cialis)	2	PA; QL (60 per 30 days)
ambrisentan oral tablet 10 mg	(Letairis)	2	PA; QL (30 per 30 days)
ambrisentan oral tablet 5 mg	(Letairis)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
macitentan oral tablet 10 mg	(Opsumit)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	(Viagra)	2	PA; QL (360 per 30 days)
sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Viagra)	2	EX; CB (6 EA per 30 days)
tadalafil oral tablet 2.5 mg	(Cialis)	2	PA; QL (30 per 30 days)
tadalafil oral tablet 5 mg	(Cialis)	2	PA; 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)	2	QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	(Diclofenac Potassium)	2	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg	(Diclofenac Sodium)	2	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg	(Diclofenac Sodium)	2	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 50 mg	(Diclofenac Sodium)	2	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 75 mg	(Diclofenac Sodium)	2	QL (60 per 30 days)
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg	(Arthrotec 50)	2	
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg	(Arthrotec 50)	2	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg	(Etodolac)	2	
etodolac oral tablet 400 mg	(Lodine)	2	
etodolac oral tablet 500 mg	(Lodine)	2	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	(Flurbiprofen)	2	
ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	(Ibuprofen)	1	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml	(Ibuprofen)	2	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	(Ibuprofen)	1	
indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg	(Indomethacin)	2	
ketorolac oral tablet 10 mg	(Ketorolac Tromethamine)	2	QL (20 per 30 days)
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	(Meloxicam)	1	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	(Nabumetone)	2	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg	(Naproxen)	1	
naproxen oral tablet 500 mg	(Naproxen)	1	
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	(Naproxen)	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
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	(Sulindac)	2	
Analgésicos, Varios			
acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5 ml cup inner 300 mg-30 mg /12.5 ml	(Acetaminophen with Codeine)	2	NDS; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml	(Acetaminophen with Codeine)	2	NDS; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg	(Acetaminophen with Codeine)	2	NDS; QL (360 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	(Acetaminophen with Codeine)	2	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)	2	NDS; QL (4 per 28 days)
butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg	(Fioricet with Codeine)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg	(Esgic)	2	QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 10-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (360 per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	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	(Fentanyl Citrate)	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg	(Fentanyl Citrate)	2	PA; 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	(Fentanyl)	2	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	(Hydrocodone/Acetaminophen)	2	NDS; QL (2700 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	(Hydrocodone/Acetaminophen)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	(Hydrocodone/Acetaminophen)	2	NDS; QL (240 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Dilaudid)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
methadone oral solution 10 mg/5 ml	(Methadone HCl)	2	NDS; QL (600 per 30 days)
methadone oral solution 5 mg/5 ml	(Methadone HCl)	2	NDS; QL (1200 per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg	(Diskets)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
methadone oral tablet 5 mg	(Diskets)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)	(Morphine Sulfate)	2	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
morphine oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml)	(Morphine Sulfate)	2	NDS; QL (700 per 30 days)
morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	(Morphine Sulfate)	2	NDS; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG		4	NDS; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG		4	NDS; QL (120 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 100 mg	(MS Contin)	2	NDS; QL (60 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg	(MS Contin)	2	NDS; QL (90 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 200 mg	(MS Contin)	4	NDS; QL (60 per 30 days)
morphine oral tablet extended release 60 mg	(MS Contin)	2	NDS; QL (60 per 30 days)
oxycodone oral capsule 5 mg	(Oxycodone HCl)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg	(Roxicodone)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg	(Roxicodone)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
oxycodone oral tablet 20 mg	(Roxicodone)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	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-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (360 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (240 per 30 days)
tramadol oral tablet 50 mg	(Tramadol HCl)	1	NDS; QL (240 per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	(Tramadol HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (300 per 30 days)
Anestésicos			
Anestesia Local			
dermacinrx lidocan 5% patch outer	(Lidoderm)	2	PA; QL (90 per 30 days)
glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %	(Lidocaine HCl)	2	QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %	(Lidocaine HCl)	2	QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %	(Lidocaine HCl)	2	
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	(Lidoderm)	2	PA; QL (90 per 30 days)
lidocaine topical ointment 5 %	(Lidocaine)	2	PA; QL (240 per 30 days)
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %	(Lidocaine/Prilocaine)	2	PA; QL (30 per 30 days)
lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %	(Lidoderm)	2	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados			
Antagonistas De Metales Pesados			
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu Sprinkle)	5	PA; NDS
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu)	2	PA
penicillamine oral tablet 250 mg	(Depen)	5	PA; NDS
trientine oral capsule 250 mg	(Syprine)	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
Antibacterianos			
Aminoglicósidos			

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
amikacin injection solution 500 mg/2 ml	(Amikacin Sulfate)	2	HI
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	(Gentamicin Sulfate)	2	HI
gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml	(Gentamicin Sulfate/PF)	2	HI
neomycin oral tablet 500 mg	(Neomycin Sulfate)	2	
streptomycin intramuscular recon soln 1 gram	(Streptomycin Sulfate)	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	(Tobramycin Sulfate)	2	HI
Antibacteriales, Misceláneos			
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	(Cleocin HCl)	2	
clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)	(Cleocin Phosphate)	2	HI
clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml	(Cleocin Phosphate)	2	HI
colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg	(Coly-Mycin M Parenteral)	2	HI
daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg	(Cubicin Rf)	2	PA BvD; HI
fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram	(Monurol)	2	
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	(Zyvox)	2	PA BvD; HI
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	(Zyvox)	5	NDS
linezolid oral tablet 600 mg	(Zyvox)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
methenamine hippurate oral tablet 1 gram	(Hiprex)	2	
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	(Metronidazole/Sodium Chloride)	2	PA BvD; HI
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	(Metronidazole)	2	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg	(Macrodantin/Macrobid)	2	QL (120 per 30 days)
nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg	(Macrobid)	2	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	(Trimethoprim)	2	
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 500 mg	(Vancomycin HCl)	2	PA BvD
vancomycin intravenous recon soln 750 mg		2	PA BvD
vancomycin oral capsule 125 mg	(Vancocin HCl)	2	QL (77 per 28 days)
vancomycin oral capsule 250 mg	(Vancocin HCl)	2	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	(Azactam)	2	HI
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML		5	PA; LA; NDS
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	(Cefoxitin Sodium)	2	PA BvD; HI
ertapenem injection recon soln 1 gram	(Ertapenem Sodium)	2	HI
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg	(Primaxin)	2	PA BvD; HI
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg	(Primaxin)	2	PA BvD; HI

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
meropenem intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg	(Meropenem)	2	PA BvD; HI
Cefalosporinas			
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	(Cefaclor)	2	
cefadroxil oral capsule 500 mg	(Cefadroxil)	2	
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	(Cefadroxil)	2	
cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg	(Cefazolin Sodium)	2	HI
cefazolin intravenous recon soln 10 gram	(Cefazolin Sodium)	2	HI
cefdinir oral capsule 300 mg	(Cefdinir)	2	
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	(Cefdinir)	2	
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	(Cefepime HCl)	2	HI
cefixime oral capsule 400 mg	(Suprax)	2	
cefixime oral tablet 400 mg	(Cefixime)	2	
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	(Cefpodoxime Proxetil)	2	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	(Cefprozil)	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	(Ceftazidime)	2	HI
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	(Ceftriaxone Sodium)	2	HI
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	(Cefuroxime Axetil)	2	
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	(Cefuroxime Sodium)	2	HI
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram	(Cefuroxime Sodium)	2	PA BvD; HI

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	(Cephalexin)	1	
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	(Cephalexin)	2	
tazicef injection recon soln 1 gram, 6 gram	(Ceftazidime)	2	HI
tazicef injection recon soln 2 gram	(ceftazidime)	2	HI
Macrólidos			
azithromycin intravenous recon soln 500 mg		2	HI
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	(Zithromax)	2	
azithromycin oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml	(Zithromax)	2	
azithromycin oral tablet 250 mg	(Zithromax)	1	
azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg	(Zithromax)	1	
azithromycin oral tablet 500 mg	(Zithromax)	1	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	(Clarithromycin)	2	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	(Clarithromycin)	2	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml	(Eryped 400)	2	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml	(Eryped 400)	2	
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	(Ery-Tab)	2	
fidaxomicin oral tablet 200 mg	(Dificid)	5	NDS; QL (20 per 10 days)
Penicilinas			
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	(Amoxicillin)	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
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	(Amoxicillin)	2	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	(Amoxicillin)	1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	(Amoxicillin)	1	
amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg	(Amoxicillin)	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml	(Augmentin)	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml	(Augmentin)	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml	(Augmentin)	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg	(Augmentin)	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg	(Augmentin)	2	
ampicillin oral capsule 500 mg	(Ampicillin Trihydrate)	2	
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg	(Ampicillin Sodium)	2	HI
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram	(Unasyn)	2	HI
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML		4	
dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg	(Dicloxacillin Sodium)	2	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT		4	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LENTOCILIN S (WITH LIDOCAINE) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT-1.5 %		4	
nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	(Nafcillin Sodium)	2	HI
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit	(Penicillin G Potassium)	2	HI
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	(Penicillin V Potassium)	2	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	(Penicillin V Potassium)	1	
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 4.5 gram, 40.5 gram	(Piperacillin Sodium/Tazobactam)	2	PA BvD; HI
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 3.375 gram		2	PA BvD; HI
Quinolonas			
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg	(Cipro)	2	
ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg	(Cipro)	2	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	(Ciprofloxacin In 5 % Dextrose)	2	PA BvD; HI
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	(Levofloxacin In Dextrose 5 %)	2	PA BvD; HI
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	(Levofloxacin)	2	
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, p/f, inner	(Moxifloxacin/Sod.Ace, Sul/Water)	2	PA BvD; HI
moxifloxacin oral tablet 400 mg	(Moxifloxacin HCl)	2	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml	(Moxifloxacin/Sod.Ace, Sul/Water)	2	PA BvD; HI
Sulfonamidas			
sulfadiazine oral tablet 500 mg	(Sulfadiazine)	5	NDS

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml	(Sulfamethoxazole/Trimethoprim)	2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg	(Bactrim)	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg	(Bactrim)	1	
Tetraciclinas			
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	(Doxycycline Hyclate)	2	PA BvD; HI
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	(Doxycycline Hyclate)	2	PA BvD; HI
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg	(Morgidox)	2	
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	(Morgidox)	2	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	(Doryx)	2	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg	(Doxycycline Monohydrate)	2	
doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg	(Doxycycline Monohydrate)	2	
doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml	(Doxycycline Monohydrate)	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg	(Avidoxy)	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg	(Avidoxy)	2	
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	(Minocycline HCl)	2	
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg	(Tetracycline HCl)	2	
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	(Tygacil)	2	PA BvD; HI
Anticonceptivos			
Anticonceptivos			
afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	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
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ortho-Novum)	2	
alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	(Ortho-Novum)	2	
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)
amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	
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/Ethin.Estradiol)	2	
aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(Loestrin)	2	
aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(Loestrin)	2	
aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	1	
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	2	
aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	2	
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Desog-E.Estradiol/E.Estradiol)	2	
blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	2	
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	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
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
camila oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	2	
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)
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/Ethin.Estradiol)	2	
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ortho-Novum)	2	
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	(Ortho-Novum)	2	
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)	1	
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Desog-E.Estradiol/E.Estradiol)	2	
dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg	(Yaz)	1	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg	(Yaz)	1	
elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)
emzahh oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	1	
errin oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	2	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	2	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	2	
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	2	
hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	2	
hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)
heather oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	QL (91 per 84 days)
incassia oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	QL (91 per 84 days)
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
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)	1	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	4	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	(Loestrin)	2	
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(Loestrin)	2	
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	1	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Desog-E.Estradiol/E.Estradiol)	2	
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	2	
kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	2	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		4	
l norgest/e.estradiol-e.estrad 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)
l norgest/e.estradiol-e.estrad 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)
l norgest/e.estradiol-e.estrad 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)
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(Loestrin)	2	
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(Loestrin)	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
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	1	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	2	
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	2	
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	
levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)	(Balcoltra)	4	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	QL (91 per 84 days)
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG		3	
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)	2	
lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg	(Yaz)	1	
luizza oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	(Loestrin)	2	
lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/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
lyleq oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	2	
lyza oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	2	
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
meleya oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(Loestrin)	2	
microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(Loestrin)	2	
microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
mili oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG		4	
MIUDELLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 175 SQUARE MM		4	
mono-linyah oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG		3	
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	(Yaz)	1	
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(Norelgestromin/Ethin.Estradiol)	2	QL (3 per 28 days)
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Loestrin Fe)	2	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	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
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	(Ortho-Novum)	2	
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)	(Ortho-Novum)	2	
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ortho-Novum)	2	
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	(Ortho-Novum)	2	
nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ortho-Novum)	1	
nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	(Ortho-Novum)	1	
orquidea oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	2	
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Desog-E.Estradiol/E.Estradiol)	2	
portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	
reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
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/Ethin.Estradiol)	1	QL (91 per 84 days)
sharobel oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	2	
simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Desog-E.Estradiol/E.Estradiol)	2	
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG		4	
sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	
tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	1	
tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	2	
tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Loestrin Fe)	2	
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	2	
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Loestrin Fe)	2	
tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	2	
tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	2	
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	2	
tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	2	
tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	2	
tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	
tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	1	
tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	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
turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
tyblume oral tablet,chewable 0.1 mg-20 mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	4	
valtya oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	2	
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	1	
viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Desog-E.Estradiol/E.Estradiol)	2	
volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Desog-E.Estradiol/E.Estradiol)	2	
vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	2	
xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Loestrin Fe)	2	
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(Norelgestromin/Ethin.Estradiol)	2	QL (3 per 28 days)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(Norelgestromin/Ethin.Estradiol)	2	QL (3 per 28 days)
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(Ethynodiol D-Ethinyl Estradiol)	2	
Anticonvulsivos			
Anticonvulsivos			
brivaracetam intravenous solution 50 mg/5 ml	(Briviact)	5	NDS; QL (80 per 30 days)
brivaracetam oral solution 10 mg/ml	(Briviact)	2	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	(Equetro)	2	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml	(Tegretol)	2	
carbamazepine oral tablet 200 mg	(Tegretol)	2	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	(Tegretol XR)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg, 200 mg	(Carbamazepine)	2	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	(Onfi)	2	QL (480 per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	(Onfi)	2	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	(Diastat)	2	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		4	
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg	(Depakote Sprinkle)	2	
divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg	(Depakote ER)	2	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	(Depakote)	2	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA NSO; NDS
epitol oral tablet 200 mg	(Tegretol)	2	
eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg	(Aptiom)	2	ST; QL (30 per 30 days)
eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg	(Aptiom)	2	ST; QL (60 per 30 days)
ethosuximide oral capsule 250 mg	(Zarontin)	2	
ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml	(Zarontin)	2	
felbamate oral suspension 600 mg/5 ml	(Felbamate)	2	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	(Felbatol)	2	
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)	2	HI
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)	2	QL (2160 per 30 days)
gabapentin oral tablet 600 mg	(Neurontin)	2	QL (180 per 30 days)
gabapentin oral tablet 800 mg	(Neurontin)	2	QL (120 per 30 days)
lacosamide oral solution 10 mg/ml	(Vimpat)	2	QL (1200 per 30 days)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	(Vimpat)	2	QL (60 per 30 days)
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(Lamictal)	1	
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg	(Lamictal)	2	
lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Lamictal Odt)	2	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml	(Keppra)	2	HI
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	(Keppra)	2	
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	(Keppra)	2	
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	(Keppra XR)	2	
levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg, 500 mg	(Levetiracetam)	4	ST
methsuximide oral capsule 300 mg	(Celontin)	2	
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		4	PA NSO; QL (10 per 30 days)
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	(Trileptal)	2	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	(Trileptal)	2	
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)	2	ST; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg	(Fycompa)	2	ST; QL (60 per 30 days)
phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	(Phenobarbital)	2	
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	(Phenobarbital)	2	
phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg	(Dilantin)	2	
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	(Dilantin-125)	2	
phenytoin oral tablet,chewable 50 mg	(Dilantin)	2	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	(Dilantin)	2	
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg	(Dilantin)	2	
phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml	(Phenytoin Sodium)	2	HI
phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml	(Phenytoin Sodium)	2	HI
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Lyrica)	2	QL (90 per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	(Lyrica)	2	QL (60 per 30 days)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	(Lyrica)	2	QL (900 per 30 days)
primidone oral tablet 125 mg	(Mysoline)	2	
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	(Mysoline)	2	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	(Banzel)	5	NDS
rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg	(Banzel)	2	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 750 MG		4	ST
SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML		4	PA NSO
subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(Lamictal)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG		4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	(Tiagabine HCl)	2	
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	(Topamax)	2	
topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg	(Topamax)	2	
topiramate oral solution 25 mg/ml	(Eprontia)	2	ST
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Topamax)	1	
valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)	(Valproic Acid (As Sodium Salt))	2	HI
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml	(Valproic Acid (As Sodium Salt))	2	
valproic acid oral capsule 250 mg	(Valproic Acid)	2	
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	(Sabril)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
vigabatrin oral tablet 500 mg	(Sabril)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrone oral powder in packet 500 mg	(Sabril)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrone oral tablet 500 mg	(Sabril)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
vigpoder oral powder in packet 500 mg	(Sabril)	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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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)	2	
zonisamide oral capsule 50 mg	(Zonegran)	2	
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	(Amitriptyline HCl)	2	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	(Amoxapine)	2	
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
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	(Bupropion HCl)	2	
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg	(Forfivo XL)	2	
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	(Wellbutrin SR)	1	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml	(Citalopram Hydrobromide)	2	
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)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Anafranil)	2	
desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Norpramin)	2	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Pristiq)	2	QL (30 per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Doxepin HCl)	2	
doxepin oral concentrate 10 mg/ml	(Doxepin HCl)	2	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG		4	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG		4	ST; QL (30 per 30 days)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg	(Cymbalta)	2	QL (120 per 30 days)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	(Cymbalta)	2	QL (90 per 30 days)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 60 mg	(Cymbalta)	2	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)
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml	(Escitalopram Oxalate)	2	
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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		4	ST; QL (30 per 30 days)
fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg	(Prozac)	1	
fluoxetine oral capsule 40 mg	(Prozac)	1	
fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	(Fluoxetine HCl)	2	
fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Fluvoxamine Maleate)	2	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	(Imipramine HCl)	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		4	
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg	(Remeron)	1	
mirtazapine oral tablet 45 mg	(Remeron)	1	
mirtazapine oral tablet 7.5 mg	(Remeron)	2	
mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg	(Remeron)	2	
nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	(Nefazodone HCl)	2	
nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Pamelor)	1	
nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml	(Nortriptyline HCl)	2	
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml	(Paroxetine HCl)	2	
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(Paxil)	1	
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 37.5 mg	(Paxil CR)	2	
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 25 mg	(Paxil CR)	2	
perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg	(Perphenazine/Amitriptyline HCl)	2	
phenelzine oral tablet 15 mg	(Nardil)	2	
protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg	(Protriptyline HCl)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA NSO; NDS; QL (1200 per 30 days)
sertraline oral concentrate 20 mg/ml	(Zoloft)	2	
sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Zoloft)	1	
tranylcypromine oral tablet 10 mg	(Parnate)	2	
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg	(Trazodone HCl)	1	
trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Trimipramine Maleate)	2	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		4	QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg	(Effexor XR)	2	QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg	(Effexor XR)	2	QL (90 per 30 days)
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	(Venlafaxine HCl)	2	
vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Viibryd)	2	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG		5	PA NSO; NDS; QL (28 per 14 days)
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
amphotericin b injection recon soln 50 mg	(Amphotericin B)	2	PA BvD
amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg	(Ambisome)	5	PA BvD; NDS
ciclopirox topical cream 0.77 %	(Loprox)	2	QL (180 per 30 days)
ciclopirox topical solution 8 %	(Ciclodan)	2	QL (19.8 per 30 days)
ciclopirox topical suspension 0.77 %	(Loprox)	4	QL (180 per 30 days)
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg	(Clotrimazole)	2	
clotrimazole topical cream 1 %	(Clotrimazole)	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
clotrimazole topical solution 1 %	(Clotrimazole)	2	
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %	(Clotrimazole/Betamethasone Dip)	2	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 %	(Econazole Nitrate)	2	QL (170 per 30 days)
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	(Fluconazole In Nacl,Iso-Osm)	2	HI
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml	(Diflucan)	2	
fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml	(Diflucan)	2	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	(Diflucan)	2	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	(Ancobon)	5	NDS
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml	(Griseofulvin, Microsize)	2	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg	(Griseofulvin, Microsize)	4	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg	(Griseofulvin Ultramicrosize)	4	
itraconazole oral capsule 100 mg	(Sporanox)	2	
ketoconazole oral tablet 200 mg	(Ketoconazole)	2	
ketoconazole topical cream 2 %	(Ketoconazole)	2	QL (180 per 30 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %	(Ketoconazole)	2	QL (360 per 30 days)
micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	(Mycamine)	2	HI
miconazole-3 vaginal suppository 200 mg	(Miconazole Nitrate)	2	
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	(Nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml	(Nystatin)	2	
nystatin oral tablet 500,000 unit	(Nystatin)	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
nystatin topical cream 100,000 unit/gram	(Nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram	(Nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	(Nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%	(Nystatin/Triamcinolone Acet)	2	
nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%	(Nystatin/Triamcinolone Acet)	2	
nystop topical powder 100,000 unit/gram	(Nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg	(Noxafil)	2	PA
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	(Terbinafine HCl)	1	
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	(Vfend IV)	2	PA BvD; HI
voriconazole intravenous solution 10 mg/ml	(Vfend IV)	2	PA BvD; HI
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	(Vfend)	5	PA; NDS
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg	(Vfend)	2	
Antihistamínicos			
Antihistamínicos			
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	(Hydroxyzine HCl)	1	
levocetirizine oral tablet 5 mg	(Levocetirizine Dihydrochloride)	1	
Antimicobacteriales			
Antimicobacteriales			
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	(Dapsone)	2	
ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg	(Myambutol)	2	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	(Isoniazid)	1	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG		4	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
pyrazinamide oral tablet 500 mg	(Pyrazinamide)	2	
rifabutin oral capsule 150 mg	(Mycobutin)	2	
rifampin intravenous recon soln 600 mg	(Rifadin)	2	HI
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	(Rifampin)	2	
rifapentine oral tablet 150 mg	(Priftin)	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		5	PA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG		4	
Antivirales (Sitémico)			
Inhibidores De La Transcriptasa Inversa Análogos De Nucleósidos Y Nucleótidos Para El Vih			
abacavir oral solution 20 mg/ml	(Ziagen)	2	
abacavir oral tablet 300 mg	(Abacavir Sulfate)	2	
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg	(Epzicom)	2	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	NDS
atazanavir oral capsule 150 mg	(Reyataz)	2	
atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg	(Reyataz)	2	
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)	(Cabotegravir)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)	(Cabotegravir)	5	NDS; QL (24 per 365 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	NDS
darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg	(Prezista)	2	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG		5	NDS
didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg	(Didanosine)	2	
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	(Efavirenz)	2	
efavirenz oral tablet 600 mg	(Efavirenz)	2	
efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg	(Atripla)	2	
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg	(Symfi)	5	NDS
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg	(Symfi)	5	NDS
emtricitabine oral capsule 200 mg	(Emtriva)	2	
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg	(Truvada)	2	
emtricita-rilpivirine-tenof df oral tablet 200-25-300 mg	(Complera)	5	NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		4	
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	(Intelence)	2	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	NDS
fosamprenavir oral tablet 700 mg	(Lexiva)	2	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	NDS
IDVYNSO ORAL TABLET 100-0.25 MG		5	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
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	NDS
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	QL (480 per 30 days)
lamivudine oral solution 10 mg/ml	(Epivir)	2	
lamivudine oral tablet 100 mg	(Epivir)	2	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	(Epivir)	2	
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	(Combivir)	2	
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml	(Kaletra)	2	QL (480 per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg	(Kaletra)	2	QL (300 per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg	(Kaletra)	2	QL (120 per 30 days)
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg	(Selzentry)	5	NDS
nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml	(Nevirapine)	2	QL (1200 per 30 days)
nevirapine oral tablet 200 mg	(Nevirapine)	2	QL (60 per 30 days)
nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg	(Nevirapine)	2	QL (30 per 30 days)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG		4	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	NDS
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	
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)	(Rilpivirine)	5	NDS
ritonavir oral tablet 100 mg	(Norvir)	2	
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	(Stavudine)	2	
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
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	(Viread)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG		4	
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	
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)	2	
zidovudine oral syrup 10 mg/ml	(Retrovir)	2	
zidovudine oral tablet 300 mg	(Zidovudine)	2	
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
oseltamivir oral capsule 30 mg	(Tamiflu)	2	QL (84 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg	(Tamiflu)	2	QL (48 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 75 mg	(Tamiflu)	2	QL (42 per 180 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml	(Tamiflu)	2	QL (540 per 180 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
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)		2	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)		2	QL (11 per 28 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG		2	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	QL (60 per 180 days)
Nucleósidos Y Nucleótidos			
acyclovir oral capsule 200 mg	(Acyclovir)	2	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml	(Acyclovir)	4	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	(Acyclovir)	2	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	(Acyclovir Sodium)	2	PA BvD
adefovir oral tablet 10 mg	(Hepsera)	2	
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Baraclude)	2	
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	(Famciclovir)	2	
ribavirin oral capsule 200 mg	(Ribavirin)	2	
ribavirin oral tablet 200 mg	(Ribavirin)	2	
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg	(Valtrex)	2	
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml	(Valcyte)	5	NDS
valganciclovir oral tablet 450 mg	(Valcyte)	2	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		5	NDS; QL (30 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Dispositivos			
Dispositivos			
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	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 PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	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)	2	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
AUTOKEEPER SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
BD INS SYR UF 0.3 ML 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	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 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)	2	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	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)	2	PA; ST
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	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)	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G HRI 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G HRI 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	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)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	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 PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"		2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16		2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	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 INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	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)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
COMFORT EZ PLS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	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 PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 27G 12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"		2	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"		2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	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"		2	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) OUTER 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	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 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) OUTER 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) OUTER 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) OUTER 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM OUTER 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM OUTER 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM OUTER 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM OUTER 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"		2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"		2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	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)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	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"		2	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	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 6MM 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"		2	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	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)	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	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 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G 8MM 1/2 ML 29 X5/16 "	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16		2	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	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)	2	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 31G 8MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	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"		2	PA; ST
EASY TOUCH AUTO 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH AUTORET 1 ML 30G 6MM 1 ML 30 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
EASY TOUCH AUTORET 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH INS 1 ML 27G 1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH INS 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML	(insulin syringe needleless)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	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 PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	(insulin syringe needleless)	2	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)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 8MM 33 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASYLIFE SAFTY PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
EASYLIFE SAFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
EASYLIFE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	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
EXEL U100 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
EXEL U100 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	2	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)	2	PA; ST
GNP PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(CareFine Pen Needle)	2	PA; ST
GNP SIMPLI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
GNP ULT CMFRT 0.5 ML 29GX1/2" 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
GNP ULTR CMFRT 0.5 ML 30GX5/16 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
GS PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(1st Tier Unifine Pentips)	2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"		2	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)	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Easy Touch Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE		2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(BD Eclipse Luer-Lok)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Easy Touch Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE,THIN II (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	(Ultilet Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(Monoject Syringe)	2	PA; ST
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	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
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (RX) 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES	(alcohol swabs)	1	PA; ST
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "		1	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"		2	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(CareFine Pen Needle)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	2	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(Comfort EZ Pen Needles)	2	PA; ST
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	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)	2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	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)	2	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	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)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
NANO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
NOVOFINE AUTOCOVER 30G NEEDLE 30 GAUGE X 1/3"		2	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		2	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)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		3	QL (10 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	(CareFine Pen Needle)	2	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI 31 GAUGE X 1/4"	(1st Tier Unifine Pentips)	2	PA; ST
PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(Advocate Pen Needle)	2	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	(1st Tier Unifine Pentips Plus)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	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)	2	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	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)	2	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
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	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)	2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	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"		2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort Touch Pen Needle)	2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"		2	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	(True-Comfort Pro Pen Needle)	2	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	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
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	PA; ST
RELION PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(1st Tier Unifine Pentips)	2	PA; ST
RELION SYRING 0.3 ML 31GX5/16" INNER 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	2	PA; ST
RELION SYRING 0.5 ML 31GX5/16" INNER (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	2	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort EZ PRO Safety Pen Ndl)	2	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
SECURESAFE PEN NEEDLE 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	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
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	(insulin syringe-needle u-100)	2	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)	2	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)	2	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	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)	2	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	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)	2	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	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)	2	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	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"		2	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	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 PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	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)	2	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(Thinpro Insulin Syringe)	2	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	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)	2	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"		2	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)	2	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"		2	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)	2	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"		2	PA; ST
TOPFINE INSULN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	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)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	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 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	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"		2	PA; ST
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	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 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	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)	2	PA; ST
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

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)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"		2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"		2	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"		2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"		2	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 SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"		2	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"		2	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)	2	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)	2	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)	2	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE		2	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	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 SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	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 PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
ULTRA-FINE 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA-FINE INS 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NDL 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	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 SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 8MM 31G 31GX8MM, SHORT, STRL 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	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 ULTR PEN NDL 34G 3.5MM 34 GAUGE X 9/64"		2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
VANISHPOINT INS 0.5 ML 30G 8MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	PA; ST
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"		2	PA; ST
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"		2	PA; ST
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	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)	2	PA; ST
Parasimpaticomiméticos (Agentes Colinérgicos)			
Parasimpaticomiméticos (Agentes Colinérgicos)			
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	(Mestinon)	2	
Preparaciones De Reemplazo			
Preparaciones De Reemplazo			
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq	(Potassium Chloride)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq	(Potassium Chloride)	2	
klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq	(Potassium Chloride)	2	
magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)	(Magnesium Sulfate)	2	HI
magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)	(Magnesium Sulfate)	2	HI
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml	(Potassium Chloride)	2	HI
potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq	(Potassium Chloride)	2	
potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml	(Potassium Chloride)	4	
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq	(Klor-Con 8)	2	
potassium chloride oral tablet extended release 15 meq, 20 meq	(Klor-Con 8)	2	
potassium chloride oral tablet extended release 8 meq	(Klor-Con 8)	2	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq	(Potassium Chloride)	2	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq	(Potassium Chloride)	2	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq	(Potassium Chloride)	2	
potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)	(Urocit-K)	2	
potassium citrate oral tablet extended release 15 meq	(Urocit-K)	2	
potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)	(Urocit-K)	2	
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %	(Sodium Chloride 0.45 %)	2	HI
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution		2	HI
sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use		2	HI

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen			
Agentes Hematológicos, Varios			
anagrelide oral capsule 0.5 mg	(Agrylin)	2	
anagrelide oral capsule 1 mg	(Agrylin)	2	
tranexamic acid oral tablet 650 mg	(Tranexamic Acid)	2	
Anticoagulantes			
dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg	(Pradaxa)	2	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)	2	QL (60 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	(Lovenox)	2	QL (48 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml	(Lovenox)	2	QL (18 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml	(Lovenox)	2	QL (24 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml	(Lovenox)	2	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)	2	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)	2	QL (18 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	(Heparin Sodium,Porcine)	2	HI
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	(Warfarin Sodium)	1	
rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml	(Xarelto)	2	QL (600 per 30 days)
rivaroxaban oral tablet 2.5 mg	(Xarelto)	2	
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	(Warfarin Sodium)	1	
Inhibidores De Agregación De Plaquetas			
aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg	(Aspirin/Dipyridamole)	2	
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	(Cilostazol)	2	
clopidogrel oral tablet 75 mg	(Plavix)	1	
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Dipyridamole)	2	
pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg	(Pentoxifylline)	2	
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Effient)	2	
ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg	(Brilinta)	2	
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5	PA; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	5	PA; NDS
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 (Kuvan)	5	PA; NDS
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg (Nitisinone)	5	PA; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NDS

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	(Kuvan)	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	(Baclofen)	2	
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	(Fexmid)	1	
dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg	(Dantrium)	4	
dantrolene oral capsule 25 mg	(Dantrium)	4	
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	(Methocarbamol)	2	
tizanidine oral tablet 2 mg	(Zanaflex)	2	
tizanidine oral tablet 4 mg	(Zanaflex)	2	
Vitaminas Y Minerales			
Vitaminas Y Minerales			
bal-care dha combo pack 27-1-430 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
folivane-ob capsule 85-1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	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	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
mynatal oral tablet 90-1-50 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pnv-omega softgel 28-1-300 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pnv-select tablet 27-1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenatabs fa tablet 29-1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	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	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	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	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
taron-c dha capsule 35-1-200 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	

ÍNDICE

1
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 135
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 135
A
abacavir.....129
abacavir-lamivudine.....129
ABELCET.....126
abigale.....74
abigale lo.....73
ABILIFY ASIMTUFII.....41
ABILIFY MAINTENA.....41
abiraterone.....13
abirtega.....13
ABRYSVO (PF).....86
acamprosate.....29
acarbose.....32
acebutolol.....48
acetaminophen-codeine.....100
acetazolamide.....91
acetazolamide sodium.....91
acetic acid.....93
acetylcysteine.....60
acitretin.....66
ACTHIB (PF).....86
ACTIMMUNE.....78
acyclovir.....67, 134
acyclovir sodium.....134
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)..86
adalimumab-aaty.....78
adalimumab-aaty(cf) ai crohns.....79
adefovir.....134
ADEMPAS.....98
adrucil.....13
ADVAIR HFA.....62
ADVOCATE PEN NEEDLE 135, 136
ADVOCATE SYRINGES...135
afirmelle.....109
AIMOVIG AUTOINJECTOR 37
AIRSUPRA.....62
AKEEGA.....13
ala-cort.....64
albendazole.....39
albuterol sulfate.....62
ALCOHOL PADS.....136
ALCOHOL PREP PADS....156
ALCOHOL SWABS.....152
ALCOHOL WIPES.....161
ALECENSA.....13
alendronate.....57
alfuzosin.....72
aliskiren.....56
allopurinol.....36
alosetron.....69
alprazolam.....30
altavera (28).....110
ALTRENO.....66
ALUNBRIG.....13
alyacen 1/35 (28).....110
alyacen 7/7/7 (28).....110
alyq.....98
amantadine hcl.....40
ambrisentan.....98
amethia.....110
amethyst (28).....110
amikacin.....103
amiloride.....54
amiloride-hydrochlorothiazide.....54
amiodarone.....48
amitriptyline.....123
amlodipine.....49
amlodipine-atorvastatin.....52
amlodipine-benazepril.....49
amlodipine-olmesartan.....49
amlodipine-valsartan.....50
amlodipine-valsartan-hcthiazid.....50
ammonium lactate.....67
amoxapine.....123
amoxicillin.....106, 107
amoxicillin-pot clavulanate.107
amphotericin b.....126
amphotericin b liposome.....126
ampicillin.....107
ampicillin sodium.....107
ampicillin-sulbactam.....107
anagrelide.....180
anastrozole.....13
ANORO ELLIPTA.....62
aprepitant.....38
apri.....110
APTIVUS.....129
AQINJECT PEN NEEDLE.136
ARCALYST.....79
AREXVY (PF).....86
ARIKAYCE.....103
aripiprazole.....41
ARISTADA.....41, 42
ARISTADA INITIO.....41
armodafinil.....57
ARNUITY ELLIPTA.....61
asenapine maleate.....42
ashlyna.....110
aspirin-dipyridamole.....181

ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL 136
ASSURE ID DUO-SHIELD 136
ASSURE ID INSULIN SAFETY 136
ASSURE ID PEN NEEDLE 136
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 136
atazanavir 129
atenolol 48
atenolol-chlorthalidone 48
atomoxetine 58
atorvastatin 52
atovaquone 39
atovaquone-proguanil 39
atropine 96
aubra eq 110
AUGTYRO 13
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 58
AUSTEDO XR 58
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 59
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 136
AUVELITY 123
aviane 110
AVMAPKI 13
AVMAPKI-FAKZYNJA 13
AVONEX 79
ayuna 110
AYVAKIT 13
azacitidine 13
azathioprine 79
azathioprine sodium 79
azelastine 96
azithromycin 106
aztreonam 104
azurette (28) 110

B

bacitracin 93
bacitracin-polymyxin b 93
baclofen 183
bal-care dha 183
bal-care dha essential 183
balsalazide 69
BALVERSA 13, 14
BAQSIMI 97
BCG VACCINE, LIVE (PF) . 86
BD ALCOHOL SWABS 137
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 136
BD ECLIPSE LUER-LOK .. 136
BD INSULIN SYRINGE 137
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 136
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 136, 137
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 137
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 137
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 137
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 137
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 137
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 137
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 138
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 138
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 138
BELSOMRA 58
benazepril 55
benazepril-hydrochlorothiazide 55
bendamustine 14
BENLYSTA 79
benztropine 40
BEQALZI 14
BEQALZI STARTER PACK 14
BESREMI 14
BESREMI PEN 14
betaine 97
betamethasone dipropionate .. 64
betamethasone valerate 65
betamethasone, augmented 65
BETASERON 79
betaxolol 91
bethanechol chloride 72
bexarotene 14
BEXSERO 87
bicalutamide 14
BICILLIN L-A 107
BIKTARVY 129
bimatoprost 91, 92
bismuth subcit k-metronidz-tcn 70
bisoprolol fumarate 48
bisoprolol-hydrochlorothiazide 48
bleomycin 14
blisovi 24 fe 110
blisovi fe 1.5/30 (28) 110
blisovi fe 1/20 (28) 111
BOOSTRIX TDAP 87
BORDERED GAUZE 138
bortezomib 14
BOSULIF 14
bosutinib 14
BRAFTOVI 14
BREO ELLIPTA 62
breyna 62
BREZTRI AEROSPHERE ... 62, 63
brimonidine 92
brimonidine-timolol 92
brinzolamide 92

brivaracetam 118
bromfenac.....94
bromocriptine.....40
BRONCHITOL.....60
BRUKINSA 14, 15
budesonide.....61, 69
bumetanide 54
buprenorphine 100
buprenorphine hcl 29
buprenorphine-naloxone 29
bupropion hcl 123
bupropion hcl (smoking deter) 29
buspirone.....97
butalbital-acetaminop-caf-cod 100
butalbital-acetaminophen-caff 100
BYSANTI.....42
BYSANTI TITRATION PACK A 42
BYSANTI TITRATION PACK B 42
BYSANTI TITRATION PACK C 42
C
CABENUVA.....129
cabergoline.....40
CABOMETYX.....15
cabotegravir 129
calcipotriene.....67
calcitonin (salmon).....57
calcitriol 57
calcium acetate(phosphat bind) 70
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 15
CAMCEVI (6 MONTH).....15
camila.....111
camrese.....111
camrese lo 111
candesartan 51
candesartan-hydrochlorothiazid 51
CAPLYTA..... 42
CAPRELSA..... 15
captopril..... 55
carbamazepine..... 118, 119
carbidopa-levodopa..... 40
CAREFINE PEN NEEDLE. 138
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD..... 138
CARETOUCH INSULIN SYRINGE..... 139
CARETOUCH PEN NEEDLE 138, 139
carglumic acid..... 70
carteolol..... 92
cartia xt..... 50
carvedilol..... 49
CAYSTON 104
cefaclor 105
cefadroxil..... 105
cefazolin..... 105
cefdinir..... 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 98
cephalexin..... 106
cevimeline 64
chateal eq (28) 111
chlordiazepoxide hcl..... 30
chlorhexidine gluconate 64
chloroquine phosphate 39
chlorpromazine..... 42
chlorthalidone..... 54
cholestyramine (with sugar) ..52
cholestyramine light.....52
ciclopirox 126
cilostazol 181
CIMDUO 130
cimetidine hcl.....68
cinacalcet 57
ciprofloxacin hcl 93, 108
ciprofloxacin in 5 % dextrose 108
ciprofloxacin-dexamethasone 93
citalopram 123
clarithromycin.....106
CLICKFINE PEN NEEDLE 139
clindamycin hcl 103
clindamycin phosphate...68, 103
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE).....47
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) ...47
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) ...47
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE.....47
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE.....47
clobazam 119
clobetasol 65
clobetasol-emollient.....65
clomipramine 124
clonazepam 30
clonidine.....47
clonidine hcl.....47
clopidogrel 181
clorazepate dipotassium.....30
clotrimazole.....126, 127
clotrimazole-betamethasone 127
clozapine 42
c-nate dha.....184
COARTEM.....39
COBENFY.....42

COBENFY STARTER PACK 42
colchicine 36
colesevelam 52
colestipol 52
colistin (colistimethate na) ...103
COMBIVENT RESPIMAT ...63
COMETRIQ 15
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....139, 140, 141
COMFORT EZ PEN NEEDLES 140
COMFORT EZ PLUS PEN NEEDLE 140
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL 140, 141
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 141, 142
compro.....38
conjugated estrogens.....74
constulose.....70
COPIKTRA.....15
CORTROPHIN GEL.....76
COSENTYX.....79
COSENTYX (2 SYRINGES) 79
COSENTYX PEN (2 PENS)..79
COSENTYX UNOREADY PEN 79
COTELLIC.....15
CREON 182
CRESEMBA 127
cromolyn.....60, 70, 96
cryselle (28).....111
CURITY ALCOHOL SWABS 142
CURITY GAUZE 142
cyclobenzaprine.....183
cyclophosphamide 15
cyclosporine 79, 80, 95
cyclosporine modified 79
cyred eq 111

D

d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr 47
d5 % and 0.9 % sodium chloride 47
d5 %-0.45 % sodium chloride 47
dabigatran etexilate..... 180
dalfampridine..... 97
danazol..... 73
dantrolene..... 183
DANZITEN..... 15
dapagliflozin 32
dapagliflozin-metformin 32
dapsone..... 128
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)..... 87
daptomycin..... 103
darifenacin..... 72
darunavir 130
dasatinib 15, 16
dasetta 1/35 (28)..... 111
dasetta 7/7/7 (28)..... 111
DAURISMO..... 16
daysee 111
deblitane 111
decitabine..... 16
deferasirox..... 102
DELSTRIGO..... 130
DENGVAXIA (PF)..... 87
DEPO-SUBQ PROVERA 104 78
DERMACEA..... 142
DERMACEA NON-WOVEN 142
dermacinrx lidocan..... 102
DESCOVY 130
desipramine 124
desmopressin 76
desog-e.estradiol/e.estradiol 111
desvenlafaxine succinate 124
dexamethasone..... 74, 75
dexamethasone sodium phosphate 75, 95
dextroamphetamine-amphetamine 59
dextrose 5 % in water (d5w) ..47
DIACOMIT..... 119
diazepam 30, 119
diazepam intensol..... 30
diazoxide 37
diclofenac potassium..... 99
diclofenac sodium 65, 95, 99
diclofenac-misoprostol..... 99
dicloxacillin..... 107
dicyclomine 70
didanosine 130
difluprednate 95
digoxin..... 51
dihydroergotamine..... 37
DILANTIN 119
diltiazem hcl..... 50
dilt-xr..... 50
dimethyl fumarate 80
diphenoxylate-atropine 70
dipyridamole 181
disulfiram 29
divalproex 119
dofetilide 48
dolishale..... 111
donepezil 31
dorzolamide..... 92
dorzolamide-timolol..... 92
dotti 74
DOVATO..... 130
doxazosin..... 48
doxepin..... 58, 124
doxorubicin, peg-liposomal ... 16
doxy-100..... 109
doxycycline hyclate 109
doxycycline monohydrate..... 109
DRIZALMA SPRINKLE 124
dronabinol..... 38

DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) ..142, 143
DROPLET INSULIN SYRINGE.....143, 144
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 144
DROPLET PEN NEEDLE..144, 145
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS.....145
DROPSAFE INSULIN SYRINGE.....145
DROPSAFE PEN NEEDLE 145
drospirenone-ethinyl estradiol 111
droxidopa 96, 97
duloxetine 124
DUPIXENT PEN 80
DUPIXENT SYRINGE.....80
dutasteride.....72
E
EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....146
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....146, 147
EASY COMFORT PEN NEEDLES 146, 147
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....145, 146
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE.....147
EASY GLIDE PEN NEEDLE 147
EASY TOUCH.....149, 150
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS 148
EASY TOUCH AUTORETRACT SYRINGE 148
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN.....149
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE..... 148
EASY TOUCH INS SYR (HALF UNIT)..... 147
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 148
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 147, 148, 149, 150
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 149
EASY TOUCH PEN NEEDLE 149
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE..... 150, 151
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 149
EASY TOUCH UNI-SLIP .. 150
EASYLIFE ALCOHOL PADS 150
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE..... 150, 151
EASYLIFE INSULIN SYRINGE..... 151
EASYLIFE SAFETY PEN NEEDLE..... 151
econazole nitrate..... 127
EDURANT PED..... 130
efavirenz..... 130
efavirenz-emtricitabin-tenofov 130
efavirenz-lamivu-tenofov disop 130
ELIGARD..... 16
ELIGARD (3 MONTH) 16
ELIGARD (4 MONTH) 16
ELIGARD (6 MONTH) 16
elinest..... 111
ELIQUIS..... 180
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START..... 180
ELIQUIS SPRINKLE..... 180
eltrombopag olamine 181
eluryng 111
EMBRACE PEN NEEDLE .151
EMGALITY PEN 37
EMGALITY SYRINGE 37
EMSAM.....124
emtricitabine 130
emtricitabine-tenofovir (tdf).130
emtricita-rilpivirine-tenof df 130
EMTRIVA 130
emzahh 111
enalapril maleate 55
*enalapril-hydrochlorothiazide*55
ENBREL.....80
ENBREL MINI.....80
ENBREL SURECLICK.....80
endocet.....100
ENGERIX-B (PF).....87
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 87
enilloring.....111
enoxaparin 180
enpresse.....112
ENSACOVE 16
enskyce 112
entacapone 40
entecavir.....134
ENTYVIO.....80
ENTYVIO PEN 80
enulose 70
ENVARSUS XR.....80
EPCLUSA.....133
EPIDIOLEX.....119
epinastine 96
epinephrine 97
epitol 119
eplerenone.....56
ergoloid.....31
ERIVEDGE.....16
ERLEADA.....16
erlotinib.....16
errin.....112

ertapenem 104
erythromycin 93, 106
erythromycin ethylsuccinate 106
erythromycin with ethanol 68
escitalopram oxalate 124
eslicarbazepine 119
esomeprazole magnesium 68
estarylla 112
estradiol 74
estradiol-norethindrone acet 74
eszopiclone 58
ethambutol 128
ethosuximide 119
ethynodiol diac-eth estradiol 112
etodolac 99
etonogestrel-ethinyl estradiol 112
etoposide 16
etravirine 130
EUCRISA 65
EULEXIN 17
everolimus (antineoplastic) 17
everolimus (immunosuppressive) 80
EVOTAZ 130
EXEL INSULIN 152
exemestane 17
EXTENCILLINE 107
EXXUA 124
EYSUVIS 95
ezetimibe 53
ezetimibe-simvastatin 53

F

falmina (28) 112
famciclovir 134
famotidine 68
FANAPT 43
FANAPT TITRATION PACK A 43
FANAPT TITRATION PACK B 43
FANAPT TITRATION PACK C 43
FARXIGA 32
FASENRA 81
FASENRA PEN 80
febuxostat 36
feirza 112
felbamate 119
felodipine 50
fenofibrate 53
fenofibrate micronized 53
fenofibrate nanocrystallized 53
fentanyl 100
fentanyl citrate 100
fesoterodine 72
FETZIMA 124, 125
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 34
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 34
FIASP U-100 INSULIN 34
fidaxomicin 106
FILSPARI 97
finasteride 72
fingolimod 81
FINTEPLA 119
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 17
flavoxate 72
flecainide 48
floxuridine 17
fluconazole 127
fluconazole in nacl (iso-osm) 127
flucytosine 127
fludrocortisone 75
flunisolide 95
fluocinolone 65
fluocinolone acetonide oil 95
fluocinonide 65
fluorometholone 95
fluorouracil 17, 67
fluoxetine 125
fluphenazine decanoate 43
fluphenazine hcl 43
flurbiprofen 99
flurbiprofen sodium 95
fluticasone furoate-vilanterol 63
fluticasone propionate 61, 66, 95
fluticasone propion-salmeterol 63
fluvastatin 53
fluvoxamine 125
folivane-ob 184
fondaparinux 180
fosamprenavir 130
fosfomycin tromethamine 103
fosinopril 55
fosinopril-hydrochlorothiazide 55
fosphenytoin 120
FOTIVDA 17
FRUZAQLA 17
fulvestrant 17
furosemide 54

G

gabapentin 120
galantamine 31
gallifrey 78
GAMUNEX-C 81
GARDASIL 9 (PF) 87
GAUZE BANDAGE 161
GAUZE PAD 152
gavilyte-c 71
gavilyte-g 71
gavilyte-n 71
GAVRETO 17
gefitinib 17
gemfibrozil 53
generlac 70
gengraf 81
gentamicin 68, 93, 103
gentamicin sulfate (ped) (pf) 103
GENVOYA 130
GILOTRIF 17

glatiramer 81
glatopa 81
glimepiride 36
glipizide 36
glipizide-metformin 36
glutamine (sickle cell) 97
glyburide 36
glyburide micronized 36
glyburide-metformin 36
glycopyrrolate 70
glydo 102
GLYXAMBI 32
GOMEKLI 17, 18
griseofulvin microsize 127
griseofulvin ultramicrosize ... 127
guanfacine 47, 59
GVOKE 97
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 97
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 97

H

HADLIMA 81
HADLIMA PUSHTOUCH 81
HADLIMA(CF) 81
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 81
HAEGARDA 181, 182
hailey 24 fe 112
hailey fe 1.5/30 (28) 112
hailey fe 1/20 (28) 112
halobetasol propionate 66
haloette 112
haloperidol 43
haloperidol decanoate 43
haloperidol lactate 43
HAVRIX (PF) 87
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 152, 153
HEALTHWISE PEN NEEDLE 153
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 153
heather 112
heparin (porcine) 181
HEPLISAV-B (PF) 87
HERCEPTIN HYLECTA 18
HERNEXEOS 18
HIBERIX (PF) 88
HUMIRA 81
HUMIRA PEN 81
HUMIRA(CF) 82
HUMIRA(CF) PEN 82
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 81
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 81
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 82
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 34
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 34
hydralazine 56
hydrochlorothiazide 54
hydrocodone-acetaminophen 100
hydrocortisone 66, 69, 75
hydrocortisone valerate 66
hydrocortisone-acetic acid 93
hydromorphone 101
hydroxychloroquine 39
hydroxyurea 18
hydroxyzine hcl 128
hydroxyzine pamoate 97
HYRNUO 18

I

ibandronate 57
IBRANCE 18
IBTROZI 18
ibu 99
ibuprofen 99
icatibant 51
iclevia 112
ICLUSIG 18
icosapent ethyl 53
IDHIFA 18
IDVYNSO 130
ifosfamide 18
ILEVRO 95
imatinib 18
IMBRUVICA 18
imipenem-cilastatin 104
imipramine hcl 125
imiquimod 67
IMKELDI 19
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 88
IMPAVIDO 39
incassia 112
INCONTROL ALCOHOL PADS 153
INCONTROL PEN NEEDLE 153
INCRELEX 76
indapamide 54
indomethacin 99
INFANRIX (DTAP) (PF) 88
infliximab 82
INGREZZA 59
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 59
INGREZZA SPRINKLE 59
INLEXZO 19
INLURIYO 19
INLYTA 19
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE 153
INPEN (FOR HUMALOG) GREY 153
INPEN (FOR HUMALOG) PINK 153
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE 154
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY 154
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK 154

INQOVI.....19
INREBIC.....19
insulin glargine-yfgn.....34
insulin lispro.....34
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK.....154
INSULIN SYRINGE MICROFINE.....137
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....152, 154, 155, 161, 162, 166
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE.....155
INSUPEN PEN NEEDLE...155, 156
INTELENCE.....131
introvale.....112
INVEGA HAFYERA.....43
INVEGA SUSTENNA.....44
INVEGA TRINZA.....44
INVELTYS.....95
IPOL.....88
ipratropium bromide.....63, 96
ipratropium-albuterol.....63
irbesartan.....51
irbesartan-hydrochlorothiazide.....51
ISENTRESS.....131
ISENTRESS HD.....131
isibloom.....112
isoniazid.....128
isosorbide dinitrate.....56
isosorbide mononitrate.....56
ISTURISA.....75
ITOVEBI.....19
itraconazole.....127
IV PREP WIPES.....156
ivabradine.....51
ivermectin.....39
IWILFIN.....19
IXIARO (PF).....88

J

jaimiess.....112
JAKAFI.....19
JAKAFI XR.....19
jantoven.....181
JARDIANCE.....32
JASCAYD.....60
javygtor.....182
JAYPIRCA.....19
jencycla.....112
JENTADUETO.....32
JENTADUETO XR.....32
JIDEYTRO.....19
jolessa.....113
juleber.....113
JULUCA.....131
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.....19
JYNNEOS (PF).....88

K

KALETRA.....131
KALYDECO.....60
kariva (28).....113
kelnor 1/35 (28).....113
kelnor 1/50 (28).....113
KERENDIA.....56
KESIMPTA PEN.....82
ketoconazole.....127
ketorolac.....95, 99
KEVZARA.....82
KEYTRUDA.....19
KEYTRUDA QLEX.....19
KINERET.....82
KINRIX (PF).....88
kionex.....70
KISQALI.....20
KISQALI FEMARA CO-PACK.....20
KLISYRI (250 MG).....67
klor-con m10.....178
klor-con m15.....179
klor-con m20.....179
KLOXXADO.....29
KOMZIFTI.....20
KOSELUGO.....20
KRAZATI.....20
kurvelo (28).....113
KYLEENA.....113

L

*l norgest/e.estradiol-e.estrad*113
labetalol.....49
lacosamide.....120
lactulose.....70
lamivudine.....131
lamivudine-zidovudine.....131
lamotrigine.....120
lanreotide.....77
lansoprazole.....68, 69
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN.....34
LANTUS U-100 INSULIN....34
lapatinib.....20
larin 1.5/30 (21).....113
larin 1/20 (21).....113
larin 24 fe.....114
larin fe 1.5/30 (28).....114
larin fe 1/20 (28).....114
latanoprost.....92
LAZCLUZE.....20
leflunomide.....82
lenalidomide.....20
LENTOCILIN S (WITH LIDOCAINE).....108
LENVIMA.....21
LEQEMBI IQLIK.....31, 32
lessina.....114
letrozole.....21
leucovorin calcium.....97
LEUKERAN.....21
LEUKINE.....182

leuprolide 21
leuprolide acetate (3 month) ..21
levetiracetam 120
levobunolol 92
levocetirizine 128
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 73
lidocaine 102
lidocaine hcl 102
lidocaine-prilocaine 102
lidocan iii.....102
LIFYORLI.....21
LILETTA 114
linezolid 103
linezolid in dextrose 5% 103
LINZESS.....70
liomny 73
liothyronine 73
LISCO 156
lisinopril 56
*lisinopril-hydrochlorothiazide*56
lithium carbonate 59
lithium citrate 59
LIVTENCITY 133
lojaimiess.....114
LOKELMA 70
lomustine 21
LONSURF.....21
loperamide.....70
lopinavir-ritonavir.....131
lorazepam 31
lorazepam intensol 31
LORBRENA 21
losartan.....51
losartan-hydrochlorothiazide.51
LOTEMAX..... 95
LOTEMAX SM..... 95
loteprednol etabonate..... 95
lovastatin 53
low-ogestrel (28)..... 114
loxapine succinate 44
lo-zumandimine (28)..... 114
lubiprostone..... 70
luizza..... 114
LUMAKRAS..... 21
LUNSUMIO VELO 22
LUPRON DEPOT 22, 77
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 22, 77
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 22
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 22
LUPRON DEPOT-PED 77
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 77
lurasidone 44
lutera (28) 114
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 22
LYBALVI..... 44
lyleq 115
LYNPARZA..... 22
LYSODREN..... 22
LYTGOBI..... 22
lyza..... 115
M
macitentan 98
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG 156
MAGELLAN SYRINGE 156
magnesium sulfate 179
malathion 68
maraviroc..... 131
marlissa (28)..... 115
marnatal-f..... 184
MARPLAN..... 125
MATULANE 22
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 156
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 156
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 156
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 156
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 156
meclizine 38
medroxyprogesterone.....78
mefloquine.....39
megestrol.....22, 78
MEKINIST 22
MEKTOVI 22
meleya 115
meloxicam 99
memantine 32
MENQUADFI (PF) 88
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 88
mercaptopurine.....22, 23
meropenem.....105
mesalamine 69
mesna 97
metformin 32, 33
methadone.....101
methazolamide 92
methenamine hippurate.....104
methimazole 73
methocarbamol 183
methotrexate sodium 23
methotrexate sodium (pf) 23
methoxsalen.....67
methsuximide.....120
methylphenidate hcl 59
methylprednisolone.....75
methylprednisolone acetate ...75
metoclopramide hcl.....70, 71
metolazone 54

metoprolol succinate 49
metoprolol tartrate 49
metronidazole 68, 104
metronidazole in nacl (iso-os) 104
metyrosine 51
micafungin 127
miconazole-3 127
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 156
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE.....157
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 48
MIEBO (PF).....95
mifepristone 33
mili.....115
mimvey.....74
MINI ULTRA-THIN II.....157
minocycline.....109
minoxidil.....56
MIRENA 115
mirtazapine.....125
misoprostol.....69
mitoxantrone.....23
MIUDELLA 115
M-M-R II (PF).....88
m-natal plus.....184
modafinil.....58
MODEYSO 23
moexipril.....56
molindone 44
mometasone 66, 96
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING...157, 158
MONOJECT INSULIN SYRINGE.....157, 158
MONOJECT SYRINGE 157
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN..... 172
mono-linyah 115
montelukast 62
morphine 101
MORPHINE 101
morphine concentrate 101
MOUNJARO 76
MOVANTIK 71
moxifloxacin..... 93, 108
moxifloxacin-sod.ace,sul-water 108
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 108
MRESVIA (PF) 88
MULTAQ 48
mupirocin..... 68
mycophenolate mofetil..... 82
mycophenolate mofetil (hcl) .. 82
mycophenolate sodium 82
mynatal 184
mynatal advance 184
mynate 90 plus 184
MYRBETRIQ..... 72
N
nabumetone..... 99
nafcillin 108
naloxone..... 29, 30
naltrexone 30
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE..... 158
NANO PEN NEEDLE 158
naproxen 99
naratriptan..... 37
NATACYN..... 93
nateglinide 33
NAYZILAM..... 120
nebivolol 49
nefazodone 125
neomycin..... 103
neomycin-bacitracin-poly-hc. 93
neomycin-bacitracin-polymyxin 93
neomycin-polymyxin b-dexameth 93, 96
neomycin-polymyxin-gramicidin 93
neomycin-polymyxin-hc ...93, 94
neo-polycin.....94
neo-polycin hc.....94
NERLYNX 23
nevirapine 131
NEXLETOL.....53
NEXLIZET 53
NEXPLANON 115
niacin.....53
NICOTROL NS 30
nifedipine.....50
nikki (28) 115
NIKTIMVO 82
nilotinib hcl 23
nilutamide 23
NINLARO.....23
nintedanib 60
nitazoxanide 39
nitisinone.....182
nitrofurantoin macrocrystal. 104
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 104
nitroglycerin.....51, 56, 67
NIVESTYM.....182
NORDITROPIN FLEXPRO.. 77
norelgestromin-ethin.estradiol 115
norethindrone (contraceptive) 115
norethindrone acetate 78
norethindrone-e.estradiol-iron 115
norgestimate-ethinyl estradiol 115, 116
nortrel 0.5/35 (28).....116
nortrel 1/35 (21).....116

nortrel 1/35 (28) 116
nortrel 7/7/7 (28) 116
nortriptyline 125
NORVIR 131
NOVOFINE 32 158
NOVOFINE AUTOCOVER 158
NOVOFINE PLUS 158
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 35
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 35
NOVOLIN N FLEXPEN 35
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 35
NOVOLIN R FLEXPEN 35
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 35
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 35
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 35
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 35
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 35
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 35
NUBEQA 23
NUCALA 82, 83
NUPLAZID 44
NURTEC ODT 37
nyamyc 127
nylia 1/35 (28) 116
nylia 7/7/7 (28) 116
nystatin 127, 128
nystatin-triamcinolone 128
nystop 128
NYVEPRIA 182

O

obstetrix dha 184
octreotide acetate 77
ODEFSEY 132
ODOMZO 23
OFEV 60
ofloxacin 94
OGIVRI 23
OGSIVEO 23
OJEMDA 23
OJJAARA 24
olanzapine 45
olmesartan 52
olmesartan-amlodipin-hcthiazid 52
olmesartan-hydrochlorothiazide 52
olopatadine 96
omega-3 acid ethyl esters 53
omeprazole 69
OMLYCLO 83
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) 158
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) 158
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) 158
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) 158
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 158
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) 159
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) 159
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 159
ONAPGO 40
ondansetron 38
ondansetron hcl 38
ONUREG 24
OPDIVO 24
OPDIVO QVANTIG 24
OPIPZA 45
ORFADIN 182
ORGOVYX 77
ORILISSA 77
ORKAMBI 60
orquidea 116
ORSERDU 24
oseltamivir 133
OSENVELT 57
OTEZLA 83
OTEZLA STARTER 83
OTEZLA XR 83
OTEZLA XR INITIATION 83
OTULFI 83
oxcarbazepine 120
oxybutynin chloride 72
oxycodone 101
oxycodone-acetaminophen .. 101, 102
OZEMPIC 76

P

pacerone 48
paclitaxel protein-bound 24
paliperidone 45
PANRETIN 67
pantoprazole 69
paricalcitol 57
paroxetine hcl 125
PAXLOVID 134
pazopanib 24
PEDIARIX (PF) 88
PEDVAX HIB (PF) 88
peg 3350-electrolytes 71
PEGASYS 134
peg-electrolyte soln 72
PEMAZYRE 24
pemetrexed disodium 24
PEN NEEDLE 159
PEN NEEDLE, DIABETIC 141, 152, 157, 159, 161, 162
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 162
PENBRAYA (PF) 88
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) 89

PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) 89
penicillamine 102
penicillin g potassium 108
penicillin v potassium 108
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 89
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) 89
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) 89
PENTACEL (PF) 89
pentamidine 39
PENTIPS PEN NEEDLE 159, 160
pentoxifylline 181
perampanel 120, 121
perindopril erbumine 56
periogard 64
permethrin 68
perphenazine 45
perphenazine-amitriptyline .. 125
phenelzine 125
phenobarbital 121
phenytek 121
phenytoin 121
phenytoin sodium 121
phenytoin sodium extended .. 121
PIFELTRO 132
pilocarpine hcl 64, 92
pimozide 45
pimtrea (28) 116
pioglitazone 33
pioglitazone-metformin 33
PIP PEN NEEDLE 160
piperacillin-tazobactam 108
PIQRAY 24
pirfenidone 60
pitavastatin calcium 53
PLEGRIDY 83
pnv-dha + docusate 184
pnv-omega 184
pnv-select 184
podofilox 67
polycin 94
polymyxin b sulf-trimethoprim 94
pomalidomide 24
POMALYST 24
portia 28 116
posaconazole 128
potassium chloride 179
potassium citrate 179
pr natal 400 184
pr natal 400 ec 184
pr natal 430 184
pr natal 430 ec 184
pramipexole 40
prasugrel hcl 181
pravastatin 53
praziquantel 39
prazosin 48
prednisolone 75
prednisolone acetate 96
prednisolone sodium phosphate 75
prednisone 75
pregabalin 121
PREMARIN 74
PREMPHASE 74
PREMPRO 74
prenaissance 184
prenaissance plus 184
prenatabs fa 184
prenatal 19 185
prenatal 19 (with docusate) . 184
prenatal plus 185
prenatal vitamin plus low iron 185
prenatal-u 185
PRETOMANID 128
prevalite 53
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 160
PREVYMIS 134
PREZCOBIX 132
PREZISTA 132
PRIMAQUINE 39
primidone 121
PRIORIX (PF) 89
PRO COMFORT ALCOHOL PADS 160
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 160
PRO COMFORT PEN NEEDLE 160
probenecid 36
probenecid-colchicine 36
prochlorperazine 38
prochlorperazine edisylate 38
prochlorperazine maleate 38
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS 160
procto-med hc 66
proctosol hc 66
proctozone-hc 66
PRODIGY INSULIN SYRINGE 160, 161
progesterone micronized 78
PROGRAF 84
PROLASTIN-C 60
promethazine 38
propafenone 48
propranolol 49
propylthiouracil 73
PROQUAD (PF) 89
PROSOL 20 % 47
protriptyline 125
PULMOZYME 60
PURE COMFORT ALCOHOL PADS 161
PURE COMFORT PEN NEEDLE 161
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 161
pyrazinamide 129
pyridostigmine bromide 178

pyrimethamine 39
Q
QINLOCK 25
QUADRACEL (PF) 89
quetiapine 45
quinapril 56
quinapril-hydrochlorothiazide 56
quinidine sulfate 48
quinine sulfate 40
QULIPTA 37
R
RABAVERT (PF) 89
rabeprazole 69
RALDESY 126
raloxifene 74
ramipril 56
ranolazine 51
rasagiline 40
RASONQUE 25
RAYALDEE 57
reclipsen (28) 116
RECOMBIVAX HB (PF) 90
RELENZA DISKHALER 134
repaglinide 33
REPATHA PUSHTRONEX 54
REPATHA SURECLICK 54
REPATHA SYRINGE 54
RETACRIT 182
RETEVMO 25
REVCOVI 183
REVUFORJ 25
REXULTI 45
REYATAZ 132
REZDIFFRA 73
REZLIDHIA 25
REZUROCK 84
RHOPRESSA 92
ribavirin 134
rifabutin 129
rifampin 129
rifapentine 129
rilpivirine 132
rilpivirine hcl 132
riluzole 59
RINVOQ 84
RINVOQ LQ 84
risperidone 45, 46
risperidone microspheres 45
ritonavir 132
rivaroxaban 181
rivastigmine 32
rivastigmine tartrate 32
rivelsa 116
rizatriptan 37
ROCKLATAN 92
roflumilast 61
ROMVIMZA 25
ropinirole 40
rosadan 68
rosuvastatin 54
rosyrah 116
ROTARIX 90
ROTATEQ VACCINE 90
ROZLYTREK 25
RUBRACA 25
rufinamide 121
RUKOBIA 132
RYBELSUS 76
RYBREVANT 25
RYBREVANT FASPRO 25
RYDAPT 25
RYKINDO 46
S
sacubitril-valsartan 52
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 162
SAFETY PEN NEEDLE 162
SANTYL 67
SAPHNELO PEN 84
sapropterin 183
SCEMBLIX 25, 26
scopolamine base 39
SECUADO 46
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 162, 163
SECURESAFE PEN NEEDLE 162
SELARSDI 84
select-ob 185
select-ob (folic acid) 185
selegiline hcl 40
selenium sulfide 67
SELZENTRY 132
se-natal 19 chewable 185
SEREVENT DISKUS 63
SEROSTIM 77
sertraline 126
setlakin 116
sevelamer carbonate 71
sevelamer hcl 71
sharobel 116
SHINGRIX (PF) 90
SIGNIFOR 77
sildenafil 98
sildenafil (pulm.hypertension) 98
silver sulfadiazine 67
SIMBRINZA 92
simliya (28) 116
simpesse 116
SIMPLI PEN NEEDLE 152
simvastatin 54
sirolimus 84
SIRTURO 129
sitagliptin phos-metformin 33
sitagliptin phosphate 33
SIVEXTRO 104
SKY SAFETY PEN NEEDLE 163
SKYLA 117
SKYRIZI 84
sodium chloride 0.45 % 179
sodium chloride 0.9 % 179
sodium oxybate 58
sodium polystyrene sulfonate . 71

sodium,potassium,mag sulfates 72
solifenacin 72
SOLIQUA 100/33 35
SOLTAMOX 26
SOMATULINE DEPOT 77, 78
SOMAVERT 78
sorafenib 26
sotalol 49
sotalol af 49
SPIRIVA RESPIMAT 63
spironolactone 55
spironolacton-hydrochlorothiaz 55
sprintec (28) 117
SPRITAM 121
sps (with sorbitol) 71
sronyx 117
ssd 67
stavudine 132
STERILE PADS 152
STIOLTO RESPIMAT 63
STIVARGA 26
STOBOCLO 57
STRENSIQ 183
streptomycin 103
STRIBILD 132
STRIVERDI RESPIMAT 63
subvenite 121
SUBVENITE 121
sucralfate 69
sulfacetamide sodium 94
sulfacetamide-prednisolone 96
sulfadiazine 108
sulfamethoxazole-trimethoprim 109
sulfasalazine 69, 70
sulindac 100
sumatriptan 37
sumatriptan succinate 37, 38
sunitinib malate 26
SUNLENCA 132
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS 163
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 163
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 163
SURE COMFORT PEN NEEDLE 163, 164
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 163
SURE-FINE PEN NEEDLES 164
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 164
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS 164
SYMPAZAN 121, 122
SYMTUZA 132
SYNJARDY 33
SYNJARDY XR 33
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY 162

T

TABLOID 26
TABRECTA 26
tacrolimus 84, 85
tadalafil 98
TAFINLAR 26
TAGRISSO 26
TALICIA 69
TALZENNA 26
tamoxifen 26
tamsulosin 72
tarina 24 fe 117
tarina fe 1-20 eq (28) 117
taron-c dha 185
taron-prex prenatal-dha 185
TARPEYO 75
TAVNEOS 85
tazarotene 67
taziceF 106
taztia xt 50
TDVAX 90
TECHLITE INSULIN SYRINGE 165
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) 164, 165
TECHLITE PEN NEEDLE 165
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE 166
telmisartan 52
telmisartan-hydrochlorothiazid 52
temazepam 31
TENIVAC (PF) 90
tenofovir disoproxil fumarate 132
TEPMETKO 26
terazosin 72
terbinafine hcl 128
terconazole 68
teriparatide 57
TERUMO INSULIN SYRINGE 166
testosterone 73
testosterone cypionate 73
testosterone enanthate 73
tetrabenazine 60
tetracycline 109
THALOMID 85
theophylline 64
THINPRO INSULIN SYRINGE 166
thioridazine 46
thiothixene 46
tiadylt er 50
tiagabine 122
TIBSOVO 26
ticagrelor 181
TICE BCG 26
TICOVAC 90
tigecycline 109
tilia fe 117
timolol 92

timolol maleate 49, 92
tinidazole 40
tiotropium bromide.....64
TIVICAY 133
TIVICAY PD 133
tizanidine 183
TOBI PODHALER 103
tobramycin.....94
tobramycin in 0.225 % nacl .103
tobramycin sulfate 103
tobramycin-dexamethasone....94
tobramycin-lotepred.....94
tofacitinib 85
tolterodine 72
tolvaptan (polycys kidney dis) 55
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 166
topiramate 122
toremifene.....26
torpenz.....26
torsemide 55
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 35
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN.....36
TRADJENTA.....33
tramadol 102
tramadol-acetaminophen 102
trandolapril 56
tranexamic acid.....180
tranylcypromine 126
travoprost 92
trazodone.....126
TRECATOR.....129
TRELEGY ELLIPTA 64
TREMFYA.....85
TREMFYA ONE-PRESS 85
TREMFYA PEN 85
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN).....85
tretinoin 67
tretinoin (antineoplastic).....26
triamcinolone acetonide . 64, 66, 76
triamterene-hydrochlorothiazid 55
trientine..... 102
tri-estarylla 117
trifluoperazine 46
trifluridine..... 94
trihexyphenidyl 41
TRIJARDY XR 34
TRIKAFTA 61
tri-legest fe 117
tri-linyah 117
tri-lo-estarylla..... 117
tri-lo-marzia..... 117
tri-lo-mili 117
tri-lo-sprintec..... 117
trimethoprim 104
tri-mili..... 117
trimipramine 126
TRINTELLIX..... 126
tri-nymyo..... 117
tri-sprintec (28)..... 117
TRIUMEQ..... 133
TRIUMEQ PD..... 133
trivora (28) 117
tri-vylibra..... 117
tri-vylibra lo..... 117
trospium 73
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS 167
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE..... 167
TRUE COMFORT PEN NEEDLE..... 167
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS..... 168
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE..... 166, 167, 168
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG..... 167, 168
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 167
TRUE-COMFORT PRO PEN NEEDLE.....168
TRUEPLUS INSULIN 169
TRUEPLUS PEN NEEDLE 168
TRULANCE 71
TRULICITY 76
TRUMENBA 90
TRUQAP.....27
TRYNGOLZA 54
TUKYSA 27
TURALIO 27
turqoz (28).....118
TWINRIX (PF) 90
tyblume.....118
TYBOST 133
TYENNE..... 85, 86
TYENNE AUTOINJECTOR. 85
TYMLOS 57
TYPHIM VI.....90
U
UBRELVY.....38
UDENYCA ONBODY.....182
ULTICARE.....170
ULTICARE INSULIN SYRINGE 169
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) 169
ULTICARE PEN NEEDLE. 170
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE.....170
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR..... 170, 171
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 171
ULTILET ALCOHOL SWAB 171
ULTILET INSULIN SYRINGE 154, 155, 171
ULTILET PEN NEEDLE.... 171

ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) 152, 169
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE.....152, 171, 172
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) 172
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....173
ULTRA FLO PEN NEEDLE 172
ULTRA THIN PEN NEEDLE 173
ULTRACARE INSULIN SYRINGE.....173
ULTRACARE PEN NEEDLE 173, 174
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT).....174
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE.....174, 175
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 174
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRN 174
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR 175
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 175
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES 175
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE.....175
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 175
UNIFINE PENTIPS 175, 176
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 176
UNIFINE PENTIPS PLUS .176, 178
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 176
UNIFINE PROTECT 176
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 176
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE..... 177
UPTRAVI..... 98
ursodiol..... 71
V
valacyclovir 134
VALCHLOR 67
valganciclovir 134
valproate sodium 122
valproic acid 122
valproic acid (as sodium salt) 122
valsartan 52
valsartan-hydrochlorothiazide 52
VALTOCO 122
valtya 118
vancomycin 104
VANFLYTA..... 27
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE..... 177
VANISHPOINT SYRINGE 177
VAQTA (PF)..... 91
varenicline tartrate..... 30
VARIVAX (PF)..... 91
VAXCHORA VACCINE..... 91
VELSIPITY 86
VELTASSA..... 71
VEMLIDY..... 134
VENCLEXTA 27
VENCLEXTA STARTING PACK..... 27
venlafaxine..... 126
VEOZAH..... 60
VEPPANU..... 27
verapamil..... 51
VERIFINE INSULIN SYRINGE..... 177, 178
VERIFINE PEN NEEDLE. 177, 178
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....178
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP.....178
VERQUVO.....57
VERSACLOZ.....46
VERSALON 178
VERZENIO.....27
vienva 118
vigabatrin.....122
vigadrone 122
vigpoder 122
vilazodone 126
VIMKUNYA (PF) 91
vinorelbine 27
viorele (28).....118
VIRACEPT 133
VIREAD 133
vitafol-ob+dha 185
VITRAKVI 27
VIVOTIF.....91
VIZIMPRO 27
volnea (28) 118
VONJO 27
VOQUEZNA 69
VORANIGO 27
voriconazole.....128
VOSEVI.....133
VOWST 71
vp-ch-pnv.....185
VRAYLAR 46
VUMERITY 86
VYALEV 41
vylibra 118
VYNDAMAX.....51
VYZULTA.....92
W
warfarin.....181
WEBCOL.....178
WEGOVY.....76
WELIREG.....27
WINREVAIR.....61

wixela inhub 64
X
XALKORI.....28
xarah fe.....118
XATMEP 28
XCOPRI 122, 123
XCOPRI MAINTENANCE PACK 122
XCOPRI TITRATION PACK 123
XDEMVY 94
XERMELO.....71
XIFAXAN.....104
XIIDRA.....96
XOLAIR.....61
XOSPATA 28
XPOVIO.....28
XTANDI.....28
xulane 118
XULTOPHY 100/3.6..... 36
Y
YESINTEK..... 86
YF-VAX (PF)..... 91
YONSA 28
yulithira 28
YUTREPIA 98
yuvafem..... 74
Z
zafemy 118
zafirlukast 62
zaleplon..... 58
zatean-pn dha 185
zatean-pn plus..... 185
ZEJULA..... 29
ZELBORAF..... 29
zenatane..... 67
ZENBEXUS 29
ZENPEP..... 183
zidovudine 133
zingiber 185
ziprasidone hcl.....46
ziprasidone mesylate.....46
ZIRABEV 29
ZIRGAN 94
ZOLINZA 29
zolpidem 58
ZONISADE.....123
zonisamide.....123
zovia 1-35 (28) 118
ZTALMY 123
ZURZUVAE.....126
ZYDELIG 29
ZYKADIA 29
ZYMFENTRA 86
ZYPREXA RELPREVV 46

UCLA Health | Medicare ADVANTAGE PLAN

Notice of Availability of Language Assistance and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) or speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) o hable con su proveedor (Spanish).

注意：如果**您**说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-833-627-8252（文本电话：1-800-735-2929）或咨询您的服务提供商 (Chinese).

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-627-8252 (Người khuyết tật: 1-800-735-2929) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn (Vietnamese).

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) o makipag-usap sa iyong provider (Tagalog).

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오 (Korean).

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Զանգահարեք 1-833-627-8252 հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-800-735-2929) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ (Armenian):

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-833-627-8252 (تله‌تایپ: 1-800-735-2929) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.(Persian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) или обратитесь к своему поставщику услуг (Russian).

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用い

ただけます。1-833-627-8252（TTY：1-800-735-2929）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください (Japanese)。

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-833-627-8252 (1-800-735-2929 أو تحدث إلى مقدم الخدمة.(Arabic)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ *ភាសាខ្មែរ* សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយជ័សមរម្យក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃដងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ (Khmer)

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob (Hmong).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें। (Hindi)

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ (Thai)

Este formulario fue actualizado el 13 de noviembre de 2026. Para obtener la información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con los Servicios para Miembros del UCLA Health Medicare Advantage Plan al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes, excepto los feriados federales; y del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad, o visite uclahealthmedicareadvantage.org.