UCLA Health Medicare Advantage Plan

Principal Plan (HMO)

y

Prestige Plan (HMO)

Formulario de 2026

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 00026361

Este formulario fue actualizado el 11/01/2026. Para obtener información más reciente y 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). El horario de atención en nuestras oficinas es de 8:00 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los días feriados federales. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, 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 una Lista de Medicamentos (Formulario) para nuestro plan que está actualizado al 11/01/2026. 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 2026 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, pueden 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 2026 que estaba cubierto al comienzo del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, 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 11/01/2026. 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. El UCLA Health Medicare Advantage Plan actualizará los formularios impresos en caso de cambios en el formulario que no sean de mantenimiento durante el año.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Condición Médica
El formulario comienza en la página 12. 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 10. 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 194. 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 la aprobación del UCLA Health Medicare Advantage Plan antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, el UCLA Health Medicare Advantage Plan puede no cubrir el medicamento.

- **Límites de Cantidad**: Para ciertos medicamentos, el UCLA Health Medicare Advantage Plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, el UCLA Health Medicare Advantage Plan proporciona 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, el UCLA Health Medicare Advantage Plan puede no cubrir el Medicamento B a menos que primero intente con el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, el UCLA Health Medicare Advantage Plan entonces cubrirá el Medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando el formulario que comienza en la página 12. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a los medicamentos específicos cubiertos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado en línea un documento que explica 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 el UCLA Health Medicare Advantage 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.

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.

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 el UCLA Health Medicare Advantage 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 http://www.medicare.gov.

Formulario del UCLA Health Medicare Advantage Plan

El formulario a continuación proporciona información acerca de ciertos 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 194.

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

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, llame a Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Horas de operación: 8:00 a.m. a 8p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los días feriados federales. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, 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 12
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias 31
Agentes Antiansiedad 32
Agentes Antidemencia 33
Agentes Antidiabetico 33
Agentes Antigota 39
Agentes Antimigraña 39
Agentes Antinausea 40
Agentes Antiparasitarios 41
Agentes Antiparkinson 42
Agentes Antipsicóticos 43
Agentes Calóricos 50
Agentes Cardiovasculares 51
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria 61
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica 61
Agentes De Trastorno De Sueño 62
Agentes Del Sistema Nervioso Central 63
Agentes Del Tracto Respiratorio 66
Agentes Dentales Y Orales 71
Agentes Dermatológicos 71
Agentes Gastrointestinales 75
Agentes Genitourinarios 78
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador 79
Agentes Inmunológicos 84
Agentes Oftálmicos 96
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta 97
Agentes Terapeuticos Misceláneos 101

Agentes Vasodilatadores 102
Analgésicos 103
Anestésicos 107
Antagonistas De Metales Pesados 107
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa) 108
Antibacterianos 108
Anticonceptivos 115
Anticonvulsivos 122
Antidepresivos 128
Antifúngicos 131
Antihistamínicos 133
Antimicobacteriales 133
Antivirales (Sitémico) 134
Cofactores Enzimáticos/Otros 140
Dispositivos 140
Preparaciones De Reemplazo 185
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen 186
Reemplazo/Modificadores De Enzima 189
Relajantes Musculares Esqueléticos 190
Vitaminas Y Minerales 190

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer			
Agentes Anti Cáncer			
abiraterone oral tablet 250 mg	(Zytiga)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
abiraterone oral tablet 500 mg	(Zytiga)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
abiraterone, submicronized oral tablet 125 mg	(Abiraterone Acet,Submicronized)	5	PA NSO; NDS; 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	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML		5	PA NSO; NDS; QL (1.6 per 28 days)
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)
AXTLE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG		5	HI; NDS

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG		5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg	(Treanda)	5	PA NSO; NDS
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	(Bendeka)	5	PA NSO; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	(bendamustine)	5	PA NSO; NDS
BEQALZI ORAL TABLET 1 MG, 20 MG, 5 MG, 80 MG		5	PA NSO; NDS
BEQALZI STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 1-5-20-80 MG		5	PA NSO; NDS
BESREMI PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 500 MCG/0.5 ML		5	PA NSO; NDS; QL (1 per 28 days)
bexarotene oral capsule 75 mg	(Targretin)	5	PA NSO; NDS
bexarotene topical gel 1 %	(Targretin)	5	PA NSO; NDS
bicalutamide oral tablet 50 mg	(Casodex)	2	
BIZENGRI INTRAVENOUS SOLUTION 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML)		5	PA NSO; NDS; QL (75 per 28 days)
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
BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA NSO; 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
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)
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		5	PA NSO; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg	(Cyclophosphamide)	5	PA BvD; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml	(Cyclophosphamide)	5	PA BvD; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 500 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
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG		5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg	(Sprycel)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
dasatinib oral tablet 20 mg	(Sprycel)	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG		5	PA NSO; NDS
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)	5	HI; NDS
doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml	(Doxil)	5	PA BvD; NDS
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML		5	PA NSO; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG		4	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG		4	PA NSO

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	4	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F 40 MG/ML	5	PA NSO; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NDS
EMRELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 20 MG	5	PA NSO; NDS
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ENSACOVE ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (270 per 30 days)
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	5	PA NSO; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	5	PA NSO; HI; NDS
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, 25 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)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	HI
etoposide intravenous solution 20 mg/ml (Avopef)	2	HI
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG (flutamide)	5	NDS

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg	(Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg	(Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 5 mg	(Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 7.5 mg	(Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg	(Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
exemestane oral tablet 25 mg	(Aromasin)	2	
FAKZYNJA ORAL TABLET 200 MG		5	PA NSO; NDS; QL (42 per 28 days)
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)	5	NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG		5	PA NSO; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 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
gefitinib oral tablet 250 mg	(Iressa)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	(afatinib)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG		5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG		5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG		5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML		5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG		5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
hydroxyurea oral capsule 500 mg	(Hydrea)	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	5	PA NSO; NDS
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS
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
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
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; QL (30 per 30 days)
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 7.5 MG		5	PA NSO; NDS; QL (390 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG		5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
lapatinib oral tablet 250 mg	(Tykerb)	5	PA NSO; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG		5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg	(Revlimid)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)		5	PA NSO; NDS
letrozole oral tablet 2.5 mg	(Femara)	2	
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	(Gleostine)	2	
lomustine oral capsule 100 mg, 40 mg	(Gleostine)	5	NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG		5	PA NSO; NDS; QL (100 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
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA NSO; NDS; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5	PA NSO; NDS
LUNSUMIO VELO SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/ML, 5 MG/0.5 ML	5	PA NSO; 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
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (15 per 8 days)
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS; 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
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)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML		5	PA NSO; NDS
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
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nilotinib 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)
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
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 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
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, 500 mg, 750 mg	(Alimta)	5	HI; NDS
pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml	(Alimta)	5	HI; NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		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)
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 CAPSULE 40 MG		5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG		5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
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)
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	5	PA NSO; NDS
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)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NDS
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)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	5	PA NSO; NDS
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	
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	5	PA NSO; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG		4	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG		5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
toremifene oral tablet 60 mg	(Fareston)	5	NDS
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)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		4	PA NSO
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg	(Tretinoin)	5	NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG		5	PA NSO; NDS; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		5	PA NSO; HI; NDS
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	5	PA NSO; NDS
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
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)		5	PA NSO; NDS
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)
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
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG		5	PA NSO; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML		5	PA NSO; HI; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG		4	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG		5	PA NSO; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML		5	PA NSO; NDS; QL (20 per 28 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias			
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias			
acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg	(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	
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml	(Naloxone HCl)	2	
naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation	(Narcan)	2	QL (4 per 30 days)
naltrexone oral tablet 50 mg	(Naltrexone 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
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)	4	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)
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lorazepam 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)
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			

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		3	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	(linagliptin-metformin)	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG		3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG		3	QL (30 per 30 days)
metformin oral solution 500 mg/5 ml	(Riomet)	4	QL (765 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)
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)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML		3	PA; QL (2 per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	(Nateglinide)	2	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)		3	PA; QL (3 per 28 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	(Actos)	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)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet 50-1,000 mg, 50-500 mg	(Janumet)	2	QL (60 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 100-1,000 mg	(Janumet XR)	2	QL (30 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 50-1,000 mg, 50-500 mg	(Janumet XR)	2	QL (60 per 30 days)
sitagliptin phosphate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Januvia)	2	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG		3	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG		3	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG		3	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	(linagliptin)	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG		3	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG		3	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML		3	PA; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG	(dapagliflozin-metformin)	3	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG		3	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	(dapagliflozin-metformin)	3	QL (60 per 30 days)
Insulinas			
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		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 PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML)		3	max $35 copay per month supply
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 asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)	(Insulin Aspart Prot/Insuln Asp)	3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)	(Insulin Aspart Prot/Insuln Asp)	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
insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml	(Insulin Aspart)	3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)	(Insulin Aspart)	3	max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml	(Insulin Aspart)	3	max $35 copay per month supply; QL (40 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)
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	max $35 copay per month supply; 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 (30 per 30 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)
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	(Glyburide,Micronized)	1	
glyburide micronized oral tablet 6 mg	(Glyburide,Micronized)	2	
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 capsule 0.6 mg	(Mitigare)	2	QL (60 per 30 days)
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 Antimigraña			
Agentes Antimigraña			
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML		3	PA; QL (1 per 30 days)
dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)	(Migranal)	5	ST; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML		3	PA; QL (2 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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, 6 mg/0.5 ml	(Imitrex)	4	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)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
aprepitant oral capsule 40 mg	(Emend)	2	PA BvD; QL (1 per 28 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	(Emend)	2	PA BvD; QL (4 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)	4	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 injection solution 25 mg/ml	(Promethazine HCl)	2	
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	(Promethazine HCl)	1	
promethazine rectal suppository 25 mg	(Promethazine HCl)	2	
promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg	(Promethazine HCl)	2	
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	(Transderm-Scop)	4	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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
atovaquone-proguanil oral tablet 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
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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	(Carbidopa/Levodopa)	2	
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 25-100 mg, 25-250 mg	(Carbidopa/Levodopa)	4	
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)	2	
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Azilect)	4	
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	(Ropinirole HCl)	2	
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)	4	
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			

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ABILIFY 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)	4	ST; QL (90 per 30 days)
aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg	(Aripiprazole)	4	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)
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Saphris)	4	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 injection solution 25 mg/ml	(Chlorpromazine HCl)	2	
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)	4	
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)	4	ST; QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	(Clozapine)	4	ST; QL (180 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	(Clozapine)	4	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
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML		5	NDS; QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML		5	NDS; QL (1 per 21 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML		5	NDS; QL (1.5 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML		5	NDS; QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML		5	NDS; QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML		5	NDS; QL (0.5 per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		5	ST; 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)	4	
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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 (Latuda)	4	
lurasidone oral tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg (Latuda)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	(Molindone HCl)	2	QL (240 per 30 days)
molindone oral tablet 25 mg	(Molindone HCl)	2	QL (270 per 30 days)
molindone oral tablet 5 mg	(Molindone HCl)	5	NDS; QL (120 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)
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)	4	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg	(Invega)	4	QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	(Invega)	4	QL (60 per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Perphenazine)	2	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG		5	NDS; QL (1 per 30 days)
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 150 mg	(Seroquel)	2	
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel XR)	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
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	
risperidone oral tablet 0.25 mg	(Risperdal)	2	
risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Risperdal)	2	
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Risperidone)	4	
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	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML		5	NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML		5	NDS; QL (0.35 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	5	NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	5	NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	5	NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	NDS; QL (0.21 per 28 days)
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	5	ST; NDS; 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		
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	4	PA BvD

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution	(Dextrose 5 % in Water)	2	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	
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Cardura)	1	
droxidopa oral capsule 100 mg	(Northera)	2	PA; QL (180 per 30 days)
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	(Northera)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg	(Guanfacine HCl)	2	
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Midodrine HCl)	2	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	(Prazosin HCl)	2	
Agentes Antiarritmicos			
amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg	(Amiodarone HCl)	2	
amiodarone oral tablet 400 mg	(Amiodarone 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
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 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	
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 ta-hydrochlorothiaz oral tablet 50-25 mg	(Metoprolol/Hydrochlorothiazide)	4	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg	(Lopressor)	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
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 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			
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	
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	(Tiazac)	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
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	(Cardizem CD)	2	
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			
ATTRUBY ORAL TABLET 356 MG		5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG		5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML		4	QL (600 per 30 days)
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	(Lanoxin)	2	
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)
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Hydralazine HCl)	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)	3	QL (60 per 30 days)
metyrosine oral capsule 250 mg	(Demser)	5	PA; NDS
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg	(Ranolazine)	2	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	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
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	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	(sacubitril-valsartan)	3	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG		3	QL (240 per 30 days)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg	(Avapro)	2	
irbesartan oral tablet 75 mg	(Avapro)	2	
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	
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Benicar)	2	
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, 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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg	(Diovan)	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	
Dihidropiridinas			
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	
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, 5-160-25 mg	(Exforge HCT)	2	
amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 5-160-12.5 mg	(Exforge HCT)	4	
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Felodipine)	2	
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	
Dislipidémicos			
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg	(Caduet)	2	
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	(Caduet)	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
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 powder in packet 3.75 gram	(Welchol)	4	
colesevelam oral tablet 625 mg	(Welchol)	2	
colestipol oral packet 5 gram	(Colestid)	2	
colestipol oral tablet 1 gram	(Colestid)	2	
ezetimibe oral tablet 10 mg	(Zetia)	2	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)	2	
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg	(Tricor)	2	
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg	(Fenoglide)	2	
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	(Niacin)	2	
niacin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	(Niacin)	4	
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	
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	
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)	2	
furosemide injection solution 10 mg/ml	(Furosemide)	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
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	(Furosemide)	2	
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	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	(tolvaptan (polycys kidney dis))	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Metolazone)	2	
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 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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	2	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg	(Vaseretic)	2	
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Fosinopril Sodium)	2	
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg	(Fosinopril/Hydrochlorothiazide)	2	
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			
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg	(Isordil)	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
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	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	(Nitro-Dur)	2	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
alosetron oral tablet 0.5 mg	(Lotronex)	2	
alosetron oral tablet 1 mg	(Lotronex)	5	NDS
balsalazide oral capsule 750 mg	(Colazal)	2	
budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg		4	
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)
sulfasalazine oral tablet 500 mg	(Azulfidine)	2	
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	(Azulfidine)	4	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
alendronate oral solution 70 mg/75 ml	(Alendronate Sodium)	4	QL (300 per 28 days)
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)	2	
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)	2	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)
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		5	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
cladribine 10 mg x 10 tab pk outer	(Mavenclad)	5	PA; NDS
cladribine(multiple sclerosis) oral tablet 10 mg (10 pack), 10 mg (4 pack), 10 mg (5 pack), 10 mg (6 pack), 10 mg (7 pack), 10 mg (8 pack), 10 mg (9 pack)	(Mavenclad)	5	PA; NDS
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg	(Ampyra)	2	PA; QL (60 per 30 days)
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)
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)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
fingolimod oral capsule 0.5 mg	(Gilenya)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML		5	PA; NDS; QL (1.2 per 28 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	
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG		5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG		5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)		3	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)		5	PA; NDS
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	(Methylin)	2	QL (900 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Ritalin)	2	QL (90 per 30 days)
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
riluzole oral tablet 50 mg	(Rilutek)	2	
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	(Xenazine)	2	PA; QL (112 per 28 days)
tetrabenazine oral tablet 25 mg	(Xenazine)	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG		5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio			
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros			
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	(Acetadote)	2	PA BvD
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG		5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG		5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
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
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML		5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)

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)
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)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML		5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG		5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML		5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML		5	PA; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
pirfenidone oral capsule 267 mg	(Esbriet)	5	PA; NDS; 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)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML		5	PA BvD; HI; NDS
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRIKAFTA ORAL 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			
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	(fluticasone propion-salmeterol)	3	QL (12 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	(fluticasone furoate)	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	(fluticasone furoate-vilanterol)	3	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE		3	QL (60 per 30 days)
breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	(Symbicort)	4	QL (30.9 per 30 days)
budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml	(Pulmicort)	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	(Symbicort)	4	QL (30.6 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation	(Flovent Hfa)	4	QL (12 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation	(Flovent Hfa)	4	QL (24 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation	(Flovent Hfa)	4	QL (21.2 per 30 days)
fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	(Advair Diskus)	2	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)
Antileucotrinos			
montelukast oral tablet 10 mg	(Singulair)	1	
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	(Singulair)	2	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	(Accolate)	4	
Broncodilatadores			
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION		3	QL (32.1 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	(Ventolin Hfa)	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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	(umeclidinium-vilanterol)	3	QL (60 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG 160-18-4.8 MCG/ACTUATION		3	QL (23.6 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG 160-9-4.8 MCG/ACTUATION		3	QL (23.6 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-18-4.8 MCG/ACTUATION, 160-9-4.8 MCG/ACTUATION		3	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION		3	QL (8 per 30 days)
ipratropium bromide inhalation hfa aerosol inhaler 17 mcg/actuation	(Atrovent Hfa)	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)
theophylline oral solution 80 mg/15 ml	(Theophylline Anhydrous)	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
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 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)
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	
denta 5000 plus dental cream 1.1 %	(Fluoride (Sodium))	1	
dentagel dental gel 1.1 %	(Fluoride (Sodium))	1	
fluoride (sodium) dental gel 1.1 %	(Fluoride (Sodium))	1	
fluoride (sodium) dental solution 0.2 %	(Prevident)	1	
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	(Chlorhexidine Gluconate)	1	
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg	(Salagen)	2	
pilocarpine hcl oral tablet 7.5 mg	(Salagen)	4	
sf 5000 plus dental cream 1.1 %	(Fluoride (Sodium))	1	
sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %	(Prevident 5000 Sensitive)	1	
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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 dipropionate topical ointment 0.05 %	(Betamethasone Dipropionate)	2	
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 lotion 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	
clobetasol-emollient topical foam 0.05 %	(Olux-E)	4	
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 gel 0.05 %	(Fluocinonide)	2	
fluocinonide topical ointment 0.05 %	(Fluocinonide)	2	
fluocinonide topical solution 0.05 %	(Fluocinonide)	2	
fluticasone propionate topical cream 0.05 %	(Fluticasone Propionate)	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
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	
pimecrolimus topical cream 1 %	(Elidel)	4	QL (100 per 30 days)
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	
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %	(Tacrolimus)	2	QL (100 per 30 days)
triamcinol ac (pf) in 0.9%nacl injection suspension 40 mg/ml		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			

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	(Acitretin)	2	
acyclovir topical ointment 5 %	(Zovirax)	4	QL (30 per 30 days)
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 %	(Fluorouracil)	2	
fluorouracil topical solution 5 %	(Fluorouracil)	4	
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
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)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %		5	PA NSO; NDS
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(Absorica)	2	
Antibacterianos Dermatológicos			
clindamycin phosphate topical solution 1 %	(Cleocin T)	2	QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 %	(Clindacin P)	2	
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %	(Clindamycin Phos/Benzoyl Perox)	4	
erythromycin with ethanol topical solution 2 %	(Erythromycin Base In Ethanol)	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
gentamicin topical cream 0.1 %	(Gentamicin Sulfate)	2	QL (90 per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %	(Gentamicin Sulfate)	2	QL (120 per 30 days)
metronidazole topical cream 0.75 %	(Metronidazole)	2	
metronidazole topical gel 0.75 %	(Rosadan)	2	
metronidazole topical gel 1 %		4	
mupirocin topical ointment 2 %	(Centany)	1	QL (220 per 30 days)
rosadan topical cream 0.75 %	(Metronidazole)	2	
selenium sulfide topical lotion 2.5 %	(Selenium Sulfide)	2	
silver sulfadiazine topical cream 1 %	(Silvadene)	2	
ssd topical cream 1 %	(Silvadene)	4	
Escabicidas Y Pediculicidas			
malathion topical lotion 0.5 %	(Ovide)	4	
permethrin topical cream 5 %	(Elimite)	2	QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos			
adapalene topical cream 0.1 %	(Differin)	4	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %		4	PA
tazarotene topical cream 0.1 %	(Tazorac)	2	
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	(Retin-A)	2	PA
Agentes Gastrointestinales			
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos			
amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg	(Lansoprazole/Amoxicil n/Clarith)	4	
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml	(Cimetidine HCl)	2	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg	(Nexium)	2	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	(Nexium)	2	
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg	(Nexium)	4	ST; QL (30 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg	(Nexium)	4	ST; QL (60 per 30 days)
famotidine oral tablet 20 mg	(Pepcid)	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
famotidine oral tablet 40 mg	(Pepcid)	1	
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg	(Prevacid)	2	QL (30 per 30 days)
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	(Prevacid)	2	QL (60 per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	(Cytotec)	2	
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg	(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	
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		4	PA
Agentes Gastrointestinales, Otros			
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM		3	
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	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days)
sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram	(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 200 mg, 400 mg	(Reltone)	5	NDS
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	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato			
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg	(Calcium Acetate)	2	
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg	(Calcium Acetate)	2	
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram	(Renvela)	2	
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	(Renvela)	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
sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg	(Sevelamer HCl)	2	
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	
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)	2	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	
fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg	(Toviaz)	4	
fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 8 mg	(Toviaz)	2	
flavoxate oral tablet 100 mg	(Flavoxate 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
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)	2	
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	
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
testosterone 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	
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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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	
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	PA BvD
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml	(Pediapred)	2	PA BvD
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	(Pediapred)	2	PA BvD

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml	(Kenalog-40)	2	
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml	(Octreotide Acetate)	5	NDS
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml	(Octreotide Acetate)	4	
octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml	(Octreotide Acetate)	4	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		5	PA NSO; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG		5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG		5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG		5	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)		5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	(lanreotide)	5	PA NSO; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	(lanreotide)	5	PA NSO; NDS; QL (0.3 per 28 days)
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)	2	
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	(Depo-Provera)	2	
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Provera)	1	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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			
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
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
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)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML		5	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)		5	PA; NDS
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)		5	PA; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 200 MG/ML, 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)		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
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
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	(Sandimmune)	2	PA BvD
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	(adalimumab-adbm)	5	PA; NDS
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	(adalimumab-adbm)	5	PA; NDS
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	(adalimumab-adbm)	5	PA; NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	(adalimumab-adbm)	5	PA; NDS
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 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
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 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
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg (Zortress)	2	PA BvD
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg (Zortress)	5	PA BvD; NDS
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML		5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML		5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML		5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML		5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML		5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML		5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
infliximab intravenous recon soln 100 mg	(Remicade)	5	PA; NDS
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)	5	PA BvD; NDS
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	(Cellcept)	2	PA BvD
mycophenolate sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg	(Myfortic)	4	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML, 50 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
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA BvD; NDS
OMLYCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 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
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML (tacrolimus)	4	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	4	ST
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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
tacrolimus oral capsule,extended release 24hr 0.5 mg, 1 mg	(Astagraf XL)	2	PA BvD
tacrolimus oral capsule,extended release 24hr 5 mg	(Astagraf XL)	5	PA BvD; NDS
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
tofacitinib oral solution 1 mg/ml	(Xeljanz)	5	PA; NDS
tofacitinib oral tablet 10 mg, 5 mg	(Xeljanz)	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
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
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS
ustekinumab-aauz subcutaneous syringe 45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml (Ustekinumab-Aauz)	3	PA
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
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	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
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab-aaty)	5	PA; NDS
Vacunas		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	3	$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	$0 copay

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	3	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA BvD; $0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	3	PA BvD; $0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; $0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	3	$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	3	$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	3	$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	3	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; $0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	3	PA BvD; $0 copay
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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR 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	
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)	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
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Azopt)	2	
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	(Carteolol HCl)	2	
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %	(Dorzolamide HCl)	2	
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml	(Cosopt)	2	
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %	(Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Levobunolol HCl)	2	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	(bimatoprost)	3	QL (2.5 per 25 days)
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)
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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-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	
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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)	(Sulfacetamide/Prednisolone Sp)	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)	4	
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	
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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
diclofenac sodium 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)
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	(Mometasone Furoate)	4	QL (34 per 30 days)
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Pred Forte)	4	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %		3	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %		3	QL (12 per 28 days)
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Olopatadine HCl)	2	
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	(Olopatadine HCl)	2	
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML		5	PA; NDS
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	
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	(Proglycem)	5	NDS
glucagon emergency kit (human) injection recon soln 1 mg	(Glucagen)	3	
glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram	(Glutamine)	5	PA; 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
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	(Vistaril)	2	
hydroxyzine pamoate oral capsule 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)	5	NDS
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	(Rectiv)	2	QL (30 per 30 days)
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	(Mestinon)	2	
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)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		3	QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL		5	PA; NDS; QL (12 per 30 days)
Agentes Vasodilatadores			
Agentes Vasodilatadores			
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
alyq oral tablet 20 mg	(Cialis)	2	PA; QL (60 per 30 days)
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	(Tracleer)	5	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %	(Flector)	4	PA; QL (60 per 30 days)
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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 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 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)	5	PA; NDS; QL (224 per 28 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	(Ibuprofen)	1	QL (240 per 30 days)
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg	(Ibuprofen)	1	
ibuprofen oral tablet 400 mg	(Ibuprofen)	1	QL (240 per 30 days)
ibuprofen oral tablet 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	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	(Sulindac)	2	
Analgésicos, Varios			

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5 ml cup inner 300 mg-30 mg /12.5 ml	(Acetaminophen with Codeine)	1	NDS; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml	(Acetaminophen with Codeine)	1	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 capsule 50-300-40 mg	(Esgic)	4	QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg	(Esgic)	4	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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	(Hydrocodone/Acetaminophen)	2	NDS; QL (240 per 30 days)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	(Dilaudid)	2	NDS; QL (180 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)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(Oxycodone HCl/Acetaminophen)	2	NDS; QL (360 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	(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)
tridacaine iii topical adhesive patch,medicated 5 %	(Lidoderm)	2	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %		3	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados			
Antagonistas De Metales Pesados			
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu Sprinkle)	5	PA; 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)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	(Cleocin)	4	
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	(Vandazole)	4	
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	(Terconazole)	2	
terconazole vaginal suppository 80 mg	(Terconazole)	4	
Antibacterianos			
Aminoglicósidos			
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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)	(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)	5	HI; NDS
daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg	(Cubicin Rf)	5	HI; NDS
fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram	(Monurol)	2	
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	(Zyvox)	2	HI
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	(Zyvox)	5	NDS
linezolid oral tablet 600 mg	(Zyvox)	2	
methenamine hippurate oral tablet 1 gram	(Hiprex)	2	
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	(Metronidazole/Sodium Chloride)	2	HI
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	(Metronidazole)	1	
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)
trimethoprim oral tablet 100 mg	(Trimethoprim)	2	
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg	(Vancomycin HCl)	2	
vancomycin intravenous recon soln 750 mg		2	
vancomycin oral capsule 125 mg	(Vancocin HCl)	2	QL (56 per 14 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		5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
ertapenem injection recon soln 1 gram	(Ertapenem Sodium)	2	HI
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg	(Primaxin)	2	HI
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg	(Primaxin)	2	HI
meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg	(Meropenem)	2	HI
meropenem intravenous recon soln 2 gram	(Meropenem)	4	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)	4	
cefixime oral tablet 400 mg	(Cefixime)	4	
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	(Cefoxitin Sodium)	2	HI

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	(Cefpodoxime Proxetil)	4	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	(Cefprozil)	2	
ceftaroline fosamil intravenous recon soln 400 mg, 600 mg	(Teflaro)	5	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	HI
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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	(Clarithromycin)	2	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml	(Eryped 400)	4	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml	(Eryped 400)	4	
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	(Ery-Tab)	4	
fidaxomicin oral tablet 200 mg	(Dificid)	5	NDS; QL (20 per 10 days)
Penicilinas			
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	(Amoxicillin)	1	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 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	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet,chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg	(Amoxicillin/Potassium Clav)	4	
ampicillin oral capsule 500 mg	(Ampicillin Trihydrate)	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
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	
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	HI
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 3.375 gram		2	HI
Quinolonas			
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg	(Cipro)	1	
ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg	(Cipro)	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	(Ciprofloxacin In 5 % Dextrose)	2	HI

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	(Levofloxacin In Dextrose 5 %)	2	HI
levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml	(Levofloxacin)	4	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	(Levofloxacin)	1	
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, p/f, inner	(Moxifloxacin/Sod.Ace, Sul/Water)	2	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	HI
Sulfonamidas			
sulfadiazine oral tablet 500 mg	(Sulfadiazine)	2	
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			
demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg	(Demeclocycline HCl)	4	
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	(Doxycycline Hyclate)	2	HI
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	(Doxycycline Hyclate)	2	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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
doxycycline 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)	4	
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	(Tygacil)	2	HI
Anticonceptivos			
Anticonceptivos			
afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	
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	
amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	(Desogestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
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)	2	
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	2	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	2	
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)	2	
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	2	
camila oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	2	
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	
deblitane oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	2	
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	
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)	2	
enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(Nuvaring)	4	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)	2	
errin oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	2	
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)	2	
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)	2	
hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	2	
haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(Nuvaring)	2	QL (1 per 28 days)
heather oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	2	
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)	2	
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	
jencycla oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	1	
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)	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
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)	2	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	2	
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	2	
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)	2	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		4	
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	
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Loestrin Fe)	2	
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)	2	
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)	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
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	
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)	2	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	
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(Norgestrel-Ethinyl Estradiol)	2	
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)	2	
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)	2	
meleya oral tablet 0.35 mg	(Norethindrone)	2	
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)	2	
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	2	
mili oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	2	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 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
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	
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)	2	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	2	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Loestrin Fe)	2	
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)	2	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	2	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	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)	2	
nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	(Ortho-Novum)	2	
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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Levonorgestrel/Ethin.Estradiol)	2	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	
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)	2	
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)	2	
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)	2	
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	(Ortho Tri-Cyclen)	2	
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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tri-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)	2	
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)	2	
tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	(Ortho Tri-Cyclen)	2	
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)	2	
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	(brivaracetam)	5	NDS; QL (80 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	
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, 5-7.5-10 mg	(Diastat)	2	
diazepam rectal kit 2.5 mg	(Diastat)	4	
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	
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG		5	ST; 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
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG		5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
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)	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg	(Aptiom)	5	ST; NDS; 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	(Felbatol)	2	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	(Felbatol)	2	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		5	PA NSO; NDS
fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml	(Cerebyx)	2	HI
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg	(Neurontin)	2	QL (360 per 30 days)
gabapentin oral capsule 400 mg	(Neurontin)	2	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 intravenous solution 200 mg/20 ml	(Vimpat)	2	QL (200 per 5 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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	(Levetiracetam)	2	ST
levetiracetam oral tablet for suspension 500 mg	(Levetiracetam)	4	ST
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG		4	QL (10 per 30 days)
methsuximide oral capsule 300 mg	(Celontin)	2	
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		4	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, 8 mg	(Fycompa)	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
perampanel oral tablet 2 mg	(Fycompa)	2	ST; QL (30 per 30 days)
perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg	(Fycompa)	5	ST; NDS; 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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	ST; NDS
rufinamide oral tablet 200 mg	(Banzel)	2	ST
rufinamide oral tablet 400 mg	(Banzel)	5	ST; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG		5	PA BvD; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 750 MG		4	ST
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG	(levetiracetam)	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 MG		5	PA NSO; NDS; 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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	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)
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		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
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)	2	
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)
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Anafranil)	4	
desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Norpramin)	4	
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	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)		4	ST
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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	(Imipramine HCl)	2	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		4	
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg	(Remeron)	2	
mirtazapine oral tablet 45 mg, 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)	4	
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml	(Paroxetine HCl)	4	
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)	4	
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 25 mg	(Paxil CR)	4	
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)	4	
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	
SPRAVATO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)		5	PA NSO; NDS
tranylcypromine oral tablet 10 mg	(Parnate)	4	
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg	(Trazodone HCl)	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
trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Trimipramine Maleate)	4	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		3	QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg	(Effexor XR)	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	
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)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fluconazole 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, 165 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	
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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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-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)	5	PA; NDS
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	(Terbinafine HCl)	1	
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	(Vfend IV)	5	PA BvD; HI; NDS
voriconazole intravenous solution 10 mg/ml	(Vfend IV)	5	PA BvD; HI; NDS
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	(Vfend)	5	PA; NDS
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg	(Vfend)	4	
Antihistamínicos			
Antihistamínicos			
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	(Hydroxyzine HCl)	2	
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	
pyrazinamide oral tablet 500 mg	(Pyrazinamide)	2	
rifabutin oral capsule 150 mg	(Mycobutin)	4	
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG		4	
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	(Ziagen)	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)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	NDS
darunavir oral tablet 600 mg	(Prezista)	2	
darunavir oral tablet 800 mg	(Prezista)	5	NDS
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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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, 167-250 mg, 200-300 mg	(Truvada)	2	
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 133-200 mg	(Truvada)	5	NDS
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)	5	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	NDS
fosamprenavir oral tablet 700 mg	(Lexiva)	5	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG		5	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	NDS
IDVYNSO ORAL TABLET 100-0.25 MG		5	NDS; QL (30 per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG		5	NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ISENTRESS ORAL 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	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		4	
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	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		5	NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		4	HI
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
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML		5	PA BvD; NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		5	NDS
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	(Viread)	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
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	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5	NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	NDS; 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
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	4	
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)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG		5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG		5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	(ledipasvir-sofosbuvir)	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)
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)
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)
Interferones			
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		5	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML		5	PA; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos			
acyclovir oral capsule 200 mg	(Acyclovir)	1	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml	(Acyclovir)	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
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 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	
Cofactores Enzimáticos/Otros			
Cofactores Enzimáticos/Otros			
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG		5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVOCATE INS 0.3 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ASSURE ID SYR 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 5MM 30 GAUGE X 3/16"		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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CAREFINE PEN NEEDLE 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ PEN NEEDLES 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ SYR 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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 0.5 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
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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPSAFE 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
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH 0.3 ML 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INS 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		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
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GNP 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE-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
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
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE		2	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 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
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSUL SYR U100 .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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEN NEEDLES 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	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
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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE INS SYR 1 ML 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE SYR 0.3 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	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
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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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
ULTRAFINE INS 0.5 ML 29G 12.7MM 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
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA-THIN II INS 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
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VANISHPOINT INS 0.5 ML 30G 8MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		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
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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
V-GO 20 DEVICE		3	QL (30 per 30 days)
V-GO 30 DEVICE		3	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 DEVICE		3	QL (30 per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	(alcohol swabs)	1	PA; ST
WM UNIFINE PENTIP PLUS 8MM 31G W/ SAFETY CLICK 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	PA; ST
Preparaciones De Reemplazo			
Preparaciones De Reemplazo			
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%-0.9% nacl iv soln single use	(Dextrose 5 % and 0.9 % NaCl)	2	
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq	(Potassium Chloride)	2	
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)	4	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	

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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)	3	QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	5	NDS; QL (18 per 30 days)
heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	(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	QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)		3	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	(rivaroxaban)	3	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	(rivaroxaban)	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG	(rivaroxaban)	3	QL (60 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	(rivaroxaban)	3	ST; QL (60 per 30 days)
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			
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG		5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
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)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg (Promacta)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5	PA; NDS; QL (20 per 30 days)
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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML		5	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		5	PA BvD; NDS
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 18 MG/0.45 ML, 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			

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
bal-care dha 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	
c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
completenate tablet chew 29 mg iron-1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
folivane-ob capsule 85-1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 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 capsule 65 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
mynatal oral tablet 90-1-50 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
mynatal-z captab 65 mg iron- 1 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	
newgen tablet 32-1,000 mg-mcg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe	(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 prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg	(Pnv,Calcium 72/Iron/Folic Acid)	1	
pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg	(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
pnv-omega softgel 28-1-300 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	
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	
r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 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	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 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 140
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 140
A
abacavir.....134
abacavir-lamivudine.....134
ABELCET.....131
abigale.....80
abigale lo.....80
ABILIFY ASIMTUFII.....44
ABILIFY MAINTENA.....44
abiraterone.....12
abiraterone, submicronized....12
abirtega.....12
ABRYSVO (PF).....91
acamprosate.....31
acarbose.....34
acebutolol.....52
acetaminophen-codeine.....105
acetazolamide.....96
acetazolamide sodium.....96
acetic acid.....97
acetylcysteine.....66
acitretin.....74
ACTHIB (PF).....91
ACTIMMUNE.....101
acyclovir.....74, 139, 140
acyclovir sodium.....140
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)..91
adalimumab-aaty.....84
adalimumab-aaty(cf) ai crohns.....84
adapalene.....75
adefovir.....140
ADEMPAS.....102
adrucil.....12
ADVAIR HFA.....68
ADVOCATE PEN NEEDLE.....141
ADVOCATE SYRINGES..140, 141
afirmelle.....115
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....39
AIRSUPRA.....69
AKEEGA.....12
ala-cort.....71
albendazole.....41
albuterol sulfate.....69
ALCOHOL PADS.....141
ALCOHOL PREP PADS....161
ALCOHOL SWABS.....157
ALCOHOL WIPES.....168
ALECENSA.....12
alendronate.....62
alfuzosin.....78
aliskiren.....60
allopurinol.....39
alosetron.....61
alprazolam.....32
altavera (28).....115
ALTRENO.....75
ALUNBRIG.....12
ALVAIZ.....188
alyacen 1/35 (28).....115
alyacen 7/7/7 (28).....115
ALYFTREK.....66
alyq.....102
amantadine hcl.....42
amethyst (28).....115
amikacin.....108
amiloride.....58
amiloride-hydrochlorothiazide.....58
amiodarone.....51
amitriptyline.....128
amlodipine.....56
amlodipine-atorvastatin...56, 57
amlodipine-benazepril.....56
amlodipine-olmesartan.....56
amlodipine-valsartan.....56
amlodipine-valsartan-hcthiazid.....56
ammonium lactate.....74
amoxapine.....128
amoxicil-clarithromy-lansopraz.....75
amoxicillin.....112
amoxicillin-pot clavulanate.112
amphotericin b.....131
amphotericin b liposome.....131
ampicillin.....112
ampicillin sodium.....113
ampicillin-sulbactam.....113
anagrelide.....186
anastrozole.....12
ANKTIVA.....12
ANORO ELLIPTA.....70
aprepitant.....40, 41
apri.....115
APTIVUS.....134
AQINJECT PEN NEEDLE.141
ARCALYST.....84
AREXVY (PF).....91
ARIKAYCE.....108
aripiprazole.....44
ARISTADA.....44
ARISTADA INITIO.....44

armodafinil 62
ARNUITY ELLIPTA 68
asenapine maleate 45
aspirin-dipyridamole 188
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL 141
ASSURE ID DUO-SHIELD 141
ASSURE ID INSULIN SAFETY 141, 142
ASSURE ID PEN NEEDLE 141
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 141
atazanavir 134
atenolol 52
atenolol-chlorthalidone 52
atomoxetine 63
atorvastatin 57
atovaquone 41
atovaquone-proguanil 41, 42
atropine 101
ATTRUBY 54
aubra eq 115
AUGTYRO 12
aurovela 1.5/30 (21) 115
aurovela 1/20 (21) 115
aurovela 24 fe 115
aurovela fe 1.5/30 (28) 115
aurovela fe 1-20 (28) 116
AUSTEDO 63
AUSTEDO XR 63
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 63
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 142
AUVELITY 128
aviane 116
AVMAPKI 12
AVMAPKI-FAKZYNJA 12
AVONEX 64
AXTLE 12
ayuna 116
AYVAKIT 13
azacitidine 13
azathioprine 84
azathioprine sodium 84
azelastine 101
azithromycin 111
aztreonam 110
azurette (28) 116

B

bacitracin 97
bacitracin-polymyxin b 98
baclofen 190
bal-care dha 191
bal-care dha essential 191
balsalazide 61
BALVERSA 13
BAQSIMI 101
BCG VACCINE, LIVE (PF) . 91
BD ALCOHOL SWABS 143
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 142
BD ECLIPSE LUER-LOK .. 142
BD INSULIN SYRINGE 142
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 142
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 142
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 142, 143
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 143
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 143
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 143
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 143
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 143
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 143
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 143
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 143
BELSOMRA 62
benazepril 59
benazepril-hydrochlorothiazide 59
bendamustine 13
BENDAMUSTINE 13
BENDEKA 13
BENLYSTA 84
benztropine 43
BEQALZI 13
BEQALZI STARTER PACK 13
BESREMI 84
BESREMI PEN 13
betaine 101
betamethasone dipropionate . 71, 72
betamethasone valerate 72
betamethasone, augmented 72
BETASERON 64
betaxolol 96
bethanechol chloride 78
bexarotene 13
BEXSERO 91
bicalutamide 13
BICILLIN L-A 113
BIKTARVY 134
bisoprolol fumarate 52
bisoprolol-hydrochlorothiazide 52
BIZENGRI 13
bleomycin 13
blisovi 24 fe 116
blisovi fe 1.5/30 (28) 116
blisovi fe 1/20 (28) 116
BOOSTRIX TDAP 91
BORDERED GAUZE 143
bortezomib 13
BORUZU 13
bosentan 102
BOSULIF 14

bosutinib 14
BRAFTOVI 14
BREO ELLIPTA 68
breyna 68
BREZTRI AEROSPHERE 70
brimonidine 96
brimonidine-timolol 96
brinzolamide 97
brivaracetam 122
BRIVIACT 123
bromfenac 99
bromocriptine 43
BRONCHITOL 66
BRUKINSA 14
budesonide 61, 68
budesonide-formoterol 69
bumetanide 58
buprenorphine 105
buprenorphine hcl 31
buprenorphine-naloxone 31
bupropion hcl 128
bupropion hcl (smoking deter) 31
buspirone 101
butalbital-acetaminop-caf-cod 105
butalbital-acetaminophen-caff 105
BYSANTI 45
BYSANTI TITRATION PACK A 45
BYSANTI TITRATION PACK B 45
BYSANTI TITRATION PACK C 45

C

CABENUVA 134
cabergoline 43
CABOMETYX 14
cabotegravir 134
calcipotriene 74
calcitonin (salmon) 62
calcitriol 62
calcium acetate(phosphat bind) 77
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 14
CAMCEVI (6 MONTH) 14
camila 116
CAMZYOS 54
candesartan 55
candesartan-hydrochlorothiazid 55
CAPLYTA 45
CAPRELSA 14
captopril 60
carbamazepine 123
carbidopa-levodopa 43
CAREFINE PEN NEEDLE 143, 144
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 144
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 144
CARETOUCH PEN NEEDLE 144
carglumic acid 76
carteolol 97
cartia xt 53
carvedilol 52
CAYSTON 110
cefaclor 110
cefadroxil 110
cefazolin 110
cefdinir 110
cefepime 110
cefixime 110
cefoxitin 110
cefpodoxime 111
cefprozil 111
ceftaroline fosamil 111
ceftazidime 111
ceftriaxone 111
cefuroxime axetil 111
cefuroxime sodium 111
celecoxib 103
cephalexin 111
cevimeline 71
chateal eq (28) 116
chlordiazepoxide hcl 32
chlorhexidine gluconate 71
chloroquine phosphate 42
chlorpromazine 45
chlorthalidone 58
cholestyramine (with sugar) 57
cholestyramine light 57
ciclopirox 131
cilostazol 188
CIMDUO 134
cimetidine hcl 75
CIMZIA 84
CIMZIA POWDER FOR RECONST 84
CIMZIA STARTER KIT 84
cinacalcet 62
ciprofloxacin hcl 98, 113
ciprofloxacin in 5 % dextrose 113
ciprofloxacin-dexamethasone 98
citalopram 128
cladribine(multiple sclerosis) 64
clarithromycin 111, 112
CLICKFINE PEN NEEDLE 145
clindamycin hcl 108
clindamycin phosphate 74, 108, 109
clindamycin-benzoyl peroxide 74
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 50
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 51
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 51
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 51

CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 51
clobazam 123
clobetasol 72
clobetasol-emollient 72
clomipramine 128
clonazepam 32
clonidine 51
clonidine hcl 51
clopidogrel 188
clorazepate dipotassium 32
clotrimazole 131
clotrimazole-betamethasone 131
clozapine 45
c-nate dha 191
COARTEM 42
COBENFY 45
COBENFY STARTER PACK 45
colchicine 39
colesevelam 57
colestipol 57
colistin (colistimethate na) ... 109
COMBIVENT RESPIMAT ... 70
COMETRIQ 14
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 145, 146, 147
COMFORT EZ PEN NEEDLES 145, 146
COMFORT EZ PLUS PEN NEEDLE 146
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL 146
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 147
completenate 191
compro 41
conjugated estrogens 80
constulose 76
COPIKTRA 14
CORLANOR 54
CORTROPHIN GEL 82
COSENTYX 85
COSENTYX (2 SYRINGES) 85
COSENTYX PEN (2 PENS) . 85
COSENTYX UNOREADY PEN 85
COTELLIC 15
CREON 189
CRESEMBA 131
cromolyn 66, 76, 101
cryselle (28) 116
CURITY ALCOHOL SWABS 147
CURITY GAUZE 147
cyclobenzaprine 190
cyclophosphamide 15
cyclosporine 85, 99
cyclosporine modified 85
CYLTEZO(CF) 85
CYLTEZO(CF) PEN 85
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 85
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV 85
cyred eq 116

D

d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr 185
d5 % and 0.9 % sodium chloride 185
d5 %-0.45 % sodium chloride 185
dabigatran etexilate 186
dalfampridine 64
danazol 79
dantrolene 190
DANYELZA 15
DANZITEN 15
dapagliflozin 34
dapagliflozin-metformin 34
dapsone 133
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 92
daptomycin 109
darunavir 134
dasatinib 15
dasetta 1/35 (28) 116
dasetta 7/7/7 (28) 116
DATROWAY 15
DAURISMO 15
deblitane 116
decitabine 15
deferasirox 107
DELSTRIGO 134
demeclocycline 114
DENGVAXIA (PF) 92
denta 5000 plus 71
dentagel 71
DEPO-SUBQ PROVERA 104 83
DERMACEA 147
DERMACEA NON-WOVEN 148
dermacinrx lidocan 107
DESCOVY 134
desipramine 128
desmopressin 82
desog-e.estradiol/e.estradiol 116
desvenlafaxine succinate 128
dexamethasone 81
dexamethasone sodium phosphate 81, 99
dextroamphetamine-amphetamine 64
dextrose 5 % in water (d5w) .. 51
DIACOMIT 123
diazepam 32, 123
diazepam intensol 32
diazoxide 101
diclofenac epolamine 103
diclofenac potassium 103
diclofenac sodium 100, 103, 104
diclofenac-misoprostol 104
dicloxacillin 113
dicyclomine 76

didanosine 134
difluprednate 100
digoxin 54
dihydroergotamine 39
DILANTIN.....123
diltiazem hcl 53
dilt-xr 53
dimethyl fumarate.....64
diphenoxylate-atropine.....76
dipyridamole.....188
disulfiram 31
divalproex.....123
dofetilide.....52
dolishale 116
donepezil.....33
dorzolamide.....97
dorzolamide-timolol 97
dotti.....80
DOVATO.....135
doxazosin.....51
doxepin 62, 128
doxorubicin, peg-liposomal....15
doxy-100.....114
doxycycline hyclate 114
doxycycline monohydrate....114, 115
DRIZALMA SPRINKLE.....129
dronabinol.....41
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) ..148, 149
DROPLET INSULIN SYRINGE.....148, 149, 150
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 150
DROPLET PEN NEEDLE...150
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS.....150
DROPSAFE INSULIN SYRINGE.....150, 151
DROPSAFE PEN NEEDLE 151
droxidopa 51
duloxetine 129
DUPIXENT PEN..... 85
DUPIXENT SYRINGE..... 86
dutasteride 78
E
EASY COMFORT ALCOHOL PAD 152
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE..... 151, 152
EASY COMFORT PEN NEEDLES 152
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 151
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE..... 152
EASY GLIDE PEN NEEDLE 152
EASY TOUCH 155
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS 153
EASY TOUCH AUTORETRACT SYRINGE 153
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 154
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE..... 153
EASY TOUCH INS SYR (HALF UNIT)..... 153
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 153
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE..... 153, 154, 155
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 155
EASY TOUCH PEN NEEDLE 155
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE..... 155, 156
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 154, 155
EASY TOUCH UNI-SLIP .. 155
EASYLIFE ALCOHOL PADS 155
EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE.....155, 156
EASYLIFE INSULIN SYRINGE.....156
EASYLIFE SAFETY PEN NEEDLE.....156
econazole nitrate.....131
EDURANT PED.....135
efavirenz.....135
efavirenz-emtricitabin-tenofov 135
efavirenz-lamivu-tenofov disop 135
ELAHERE 15
ELEPSIA XR.....123, 124
ELIGARD.....16
ELIGARD (3 MONTH).....15
ELIGARD (4 MONTH).....15
ELIGARD (6 MONTH).....16
elinest.....116
ELIQUIS.....187
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START.....187
ELIQUIS SPRINKLE.....187
ELREXFIO 16
eltrombopag olamine ...188, 189
eluryng 116
EMBRACE PEN NEEDLE.157
EMCYT.....16
EMGALITY PEN 39
EMGALITY SYRINGE 40
EMRELIS 16
EMSAM.....129
emtricitabine 135
emtricitabine-tenofovir (tdf).135
emtricita-rilpivirine-tenof df 135
EMTRIVA 135
emzahh 116
enalapril maleate 60
*enalapril-hydrochlorothiazide*60

ENBREL 86
ENBREL MINI 86
ENBREL SURECLICK 86
endocet 105
ENGERIX-B (PF) 92
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 92
enilloring 116
enoxaparin 187
enpresse 117
ENSACOVE 16
enskyce 117
entacapone 43
entecavir 140
ENTRESTO 55
ENTRESTO SPRINKLE 55
enulose 76
EPCLUSA 138
EPIDIOLEX 124
epinastine 101
epinephrine 54
epitol 124
EPKINLY 16
eplerenone 60
ERBITUX 16
ergoloid 33
ERIVEDGE 16
ERLEADA 16
erlotinib 16
errin 117
ertapenem 110
erythromycin 98, 112
erythromycin ethylsuccinate 112
erythromycin with ethanol 74
ERZOFRI 45, 46
escitalopram oxalate 129
eslicarbazepine 124
esomeprazole magnesium 75
estarylla 117
estradiol 80
estradiol-norethindrone acet 80
eszopiclone 63
ethambutol 133
ethosuximide 124
ethynodiol diac-eth estradiol 117
etodolac 104
etonogestrel-ethinyl estradiol 117
ETOPOPHOS 16
etoposide 16
etravirine 135
EUCRISA 72
EULEXIN 16
everolimus (antineoplastic) 17
everolimus (immunosuppressive) 86
EVOTAZ 135
EXEL INSULIN 157
exemestane 17
EXTENCILLINE 113
EXXUA 129
EYSUVIS 100
ezetimibe 57
ezetimibe-simvastatin 57

F

FAKZYNJA 17
falmina (28) 117
famciclovir 140
famotidine 75, 76
FANAPT 46
FANAPT TITRATION PACK A 46
FANAPT TITRATION PACK B 46
FANAPT TITRATION PACK C 46
FASENRA 67
FASENRA PEN 66
febuxostat 39
feirza 117
felbamate 124
felodipine 56
fenofibrate 57
fenofibrate micronized 57
fenofibrate nanocrystallized 57
fentanyl 105
fentanyl citrate 105
fesoterodine 78
FETZIMA 129
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 36
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 36
FIASP PUMPCART 36
FIASP U-100 INSULIN 36
fidaxomicin 112
finasteride 78
fingolimod 64
FINTEPLA 124
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 17
flavoxate 78
flecainide 52
floxuridine 17
fluconazole 132
fluconazole in nacl (iso-osm) 132
flucytosine 132
fludrocortisone 81
flunisolide 100
fluocinolone 72
fluocinolone acetonide oil 100
fluocinonide 72
fluoride (sodium) 71
fluorometholone 100
fluorouracil 17, 74
fluoxetine 129
fluphenazine decanoate 46
fluphenazine hcl 46
flurbiprofen 104
flurbiprofen sodium 100
fluticasone propionate 69, 72, 100
fluticasone propion-salmeterol 69
fluvastatin 57
fluvoxamine 129

folivane-ob 191
fondaparinux 187
fosamprenavir 135
fosfomycin tromethamine 109
fosinopril 60
fosinopril-hydrochlorothiazide 60
fosphenytoin 124
FOTIVDA 17
FRUZAQLA 17
fulvestrant 17
furosemide 58, 59
FUZEON 135
FYARRO 17
G
gabapentin 124
galantamine 33
gallifrey 83
GAMUNEX-C 86
GARDASIL 9 (PF) 92
GAUZE BANDAGE 168
GAUZE PAD 157
gavilyte-c 78
gavilyte-g 78
gavilyte-n 78
GAVRETO 17
gefitinib 18
gemfibrozil 57
generlac 76
gengraf 86
gentamicin 75, 98, 108
gentamicin sulfate (ped) (pf) 108
GENVOYA 135
GILOTRIF 18
glatiramer 64
glatopa 65
glimepiride 38
glipizide 38, 39
glipizide-metformin 39
glucagon emergency kit (human) 101
glutamine (sickle cell) 101
glyburide 39
glyburide micronized 39
glyburide-metformin 39
glycopyrrolate 76
glydo 107
GLYXAMBI 34
GOMEKLI 18
griseofulvin microsize 132
griseofulvin ultramicrosize 132
guanfacine 51, 65
GVOKE 102
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 102
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 102
H
HADLIMA 86
HADLIMA PUSHTOUCH 86
HADLIMA(CF) 86
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 86
HAEGARDA 189
hailey 24 fe 117
hailey fe 1.5/30 (28) 117
hailey fe 1/20 (28) 117
halobetasol propionate 73
haloette 117
haloperidol 47
haloperidol decanoate 46
haloperidol lactate 46
HARVONI 138, 139
HAVRIX (PF) 92
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 158
HEALTHWISE PEN NEEDLE 158
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 158
heather 117
heparin (porcine) 187
HEPLISAV-B (PF) 92
HERCEPTIN HYLECTA 18
HERNEXEOS 18
HIBERIX (PF) 92
HUMIRA 86
HUMIRA PEN 86
HUMIRA(CF) 87
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER 87
HUMIRA(CF) PEN 87
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 87
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 87
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 87
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 36
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 36
hydralazine 54
hydrochlorothiazide 59
hydrocodone-acetaminophen 105, 106
hydrocortisone 61, 73, 81
hydrocortisone valerate 73
hydrocortisone-acetic acid 98
hydromorphone 106
hydroxychloroquine 42
hydroxyurea 18
hydroxyzine hcl 133
hydroxyzine pamoate 102
HYRNUO 18
I
ibandronate 62
IBRANCE 18
IBTROZI 18
ibu 104
ibuprofen 104
icatibant 54
iclevia 117
ICLUSIG 18
icosapent ethyl 57
IDHIFA 18

IDVYNSO 135
ifosfamide 18
ILEVRO 100
imatinib 18
IMBRUVICA 18, 19
IMDELLTRA 19
imipenem-cilastatin 110
imipramine hcl 130
imiquimod 74
IMJUDO 19
IMKELDI 19
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 92
IMPAVIDO 42
incassia 117
INCONTROL ALCOHOL PADS 158
INCONTROL PEN NEEDLE 158, 159
INCRELEX 82
indapamide 59
indomethacin 104
INFANRIX (DTAP) (PF) 92
infliximab 87
INGREZZA 65
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 65
INGREZZA SPRINKLE 65
INLEXZO 19
INLURIYO 19
INLYTA 19
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE 159
INPEN (FOR HUMALOG) GREY 159
INPEN (FOR HUMALOG) PINK 159
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE 159
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY 159
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK 159
INQOVI 19
INREBIC 19
insulin asp prt-insulin aspart 36
insulin aspart u-100 37
insulin glargine-yfgn 37
insulin lispro 37
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK 159
INSULIN SYRINGE MICROFINE 142
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 ..... 157, 159, 160, 161, 168, 172
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 161
INSUPEN PEN NEEDLE 161
INTELENCE 135
introvale 117
INVEGA HAFYERA 47
INVEGA SUSTENNA 47
INVEGA TRINZA 47
INVELTYS 100
IPOL 92
ipratropium bromide 70, 101
ipratropium-albuterol 70
irbesartan 55
irbesartan-hydrochlorothiazide 55
ISENTRESS 135, 136
ISENTRESS HD 135
isibloom 117
isoniazid 133
isosorbide dinitrate 60, 61
isosorbide mononitrate 61
ITOVEBI 19
itraconazole 132
IV PREP WIPES 161
ivabradine 54
ivermectin 42
IWILFIN 19
IXIARO (PF) 93

J

JAKAFI 19
JAKAFI XR 19
jantoven 187
JARDIANCE 34
JASCAYD 67
javygtor 189
JAYPIRCA 19
JEMPERLI 20
jencycla 117
JENTADUETO 34
JENTADUETO XR 34
JIDEYTRO 20
jolessa 117
juleber 117
JULUCA 136
junel 1.5/30 (21) 118
junel 1/20 (21) 118
junel fe 1.5/30 (28) 118
junel fe 1/20 (28) 118
junel fe 24 118
JYLAMVO 20
JYNARQUE 59
JYNNEOS (PF) 93

K

KALETRA 136
KALYDECO 67
kariva (28) 118
kelnor 1/35 (28) 118
kelnor 1/50 (28) 118
KERENDIA 60
KESIMPTA PEN 65
ketoconazole 132
ketorolac 100, 104
KEYTRUDA 20
KEYTRUDA QLEX 20
KIMMTRAK 20
KINERET 87
KINRIX (PF) 93
kionex 76
KISQALI 20

KISQALI FEMARA CO-PACK 20
KLISYRI (250 MG) 74
klor-con m10 185
klor-con m15 185
klor-con m20 185
KLOXXADO 31
KOMZIFTI 20
KOSELUGO 20, 21
kosher prenatal plus iron 191
KRAZATI 21
kurvelo (28) 118
KYLEENA 118
L
labetalol 52
lacosamide 124
lactulose 76
lamivudine 136
lamivudine-zidovudine 136
lamotrigine 124
lanreotide 82
lansoprazole 76
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 37
LANTUS U-100 INSULIN 37
lapatinib 21
larin 1.5/30 (21) 118
larin 1/20 (21) 118
larin 24 fe 118
larin fe 1.5/30 (28) 118
larin fe 1/20 (28) 118
latanoprost 97
LAZCLUZE 21
leflunomide 87
lenalidomide 21
LENTOCILIN S (WITH LIDOCAINE) 113
LENVIMA 21
lessina 118
letrozole 21
leucovorin calcium 102
LEUKERAN 21
leuprolide 21
leuprolide acetate (3 month) 21
levetiracetam 125
levobunolol 97
levocetirizine 133
levofloxacin 114
levofloxacin in d5w 114
levonest (28) 118
levonorgest-eth.estradiol-iron 118
levonorgestrel-ethinyl estrad 118, 119
levonorg-eth estrad triphasic 119
levora-28 119
levothyroxine 79
LEXIVA 136
LIBERVANT 125
lidocaine 107
lidocaine hcl 107
lidocaine-prilocaine 107
lidocan iii 107
LIFYORLI 21
LILETTA 119
linezolid 109
linezolid in dextrose 5% 109
LINZESS 76
liomny 79
liothyronine 79
LISCO 161
lisinopril 60
lisinopril-hydrochlorothiazide 60
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 161
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 161, 162
lithium carbonate 65
lithium citrate 65
LIVTENCITY 139
LOKELMA 77
lomustine 21
LONSURF 21, 22
loperamide 77
lopinavir-ritonavir 136
LOQTORZI 22
lorazepam 32, 33
lorazepam intensol 33
LORBRENA 22
losartan 55
losartan-hydrochlorothiazide 55
LOTEMAX 100
LOTEMAX SM 100
loteprednol etabonate 100
lovastatin 57
low-ogestrel (28) 119
loxapine succinate 47
lubiprostone 77
luizza 119
LUMAKRAS 22
LUMIGAN 97
LUNSUMIO 22
LUNSUMIO VELO 22
LUPRON DEPOT 22, 82
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 22, 82
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 22
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 22
LUPRON DEPOT-PED 82
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 82
lurasidone 47
lutera (28) 119
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 22
LYBALVI 48
lyleq 119
LYNOZYFIC 22
LYNPARZA 23
LYSODREN 23
LYTGOBI 23
lyza 119
M
macitentan 103

MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG 162
MAGELLAN SYRINGE 162
magnesium sulfate 185
malathion 75
maraviroc 136
MARGENZA 23
marlissa (28) 119
marnatal-f 191
MARPLAN 130
MATULANE 23
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 162
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 162, 163
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 163
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 163
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 163
MAYZENT 65
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) 65
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) 65
meclizine 41
medroxyprogesterone 83
mefloquine 42
megestrol 23, 84
MEKINIST 23
MEKTOVI 23
meleya 119
meloxicam 104
memantine 33
MENACTRA (PF) 93
MENQUADFI (PF) 93
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 93
mercaptopurine 23
meropenem 110
mesalamine 61
mesna 102
metformin 34
methadone 106
methazolamide 97
methenamine hippurate 109
methimazole 79
methocarbamol 190
methotrexate sodium 23
methotrexate sodium (pf) 23
methoxsalen 74
methsuximide 125
methylphenidate hcl 65, 66
methylprednisolone 81
methylprednisolone acetate 81
metoclopramide hcl 77
metolazone 59
metoprolol succinate 52
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 52
metoprolol tartrate 52, 53
metronidazole 75, 108, 109
metronidazole in nacl (iso-os) 109
metyrosine 54
micafungin 132
miconazole-3 132
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 163
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE 163
microgestin 1.5/30 (21) 119
microgestin 1/20 (21) 119
microgestin fe 1.5/30 (28) 119
microgestin fe 1/20 (28) 119
midodrine 51
MIEBO (PF) 101
mifepristone 34
mili 119
mimvey 81
MINI ULTRA-THIN II 163
minocycline 115
minoxidil 61
MIPLYFFA 140
MIRENA 119
mirtazapine 130
misoprostol 76
mitoxantrone 23
MIUDELLA 120
M-M-R II (PF) 93
m-natal plus 191
modafinil 63
MODEYSO 23
moexipril 60
molindone 48
mometasone 73, 100
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING 164
MONOJECT INSULIN SYRINGE 163, 164
MONOJECT SYRINGE 163
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 178
mono-linyah 120
montelukast 69
morphine 106
MORPHINE 106
morphine concentrate 106
MOUNJARO 34
MOVANTIK 77
moxifloxacin 98, 114
moxifloxacin-sod.ace,sul-water 114
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 114
MRESVIA (PF) 93
MULTAQ 52
mupirocin 75
mycophenolate mofetil 87
mycophenolate mofetil (hcl) 87
mycophenolate sodium 87
mynatal 191
mynatal advance 191
mynatal plus 191
mynatal-z 191

mynate 90 plus.....191
MYRBETRIQ 79
N
nabumetone 104
nafcillin.....113
naloxone 31
naltrexone.....31
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 164
NANO PEN NEEDLE 164
naproxen.....104
naratriptan 40
NATACYN 98
nateglinide.....34
NAYZILAM.....125
nebivolol.....53
nefazodone.....130
neomycin.....108
neomycin-bacitracin-poly-hc .98
neomycin-bacitracin-polymyxin 98
neomycin-polymyxin b-dexameth.....98
neomycin-polymyxin-gramicidin 98
neomycin-polymyxin-hc.....98
neo-polycin 99
neo-polycin hc 98
NERLYNX.....23
nevirapine.....136
newgen.....191
NEXLETOL 57
NEXLIZET.....58
NEXPLANON 120
niacin.....58
NICOTROL NS.....32
nifedipine.....56
NIKTIMVO.....87
nilotinib hcl 24
nilutamide.....24
NINLARO.....24
nintedanib.....67
nitazoxanide..... 42
nitisinone 189
nitrofurantoin macrocrystal 109
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 109
nitroglycerin 61, 102
NIVESTYM..... 189
NORDITROPIN FLEXPRO . 82
norelgestromin-ethin.estradiol 120
norethindrone (contraceptive) 120
norethindrone acetate..... 84
norethindrone-e.estradiol-iron 120
norgestimate-ethinyl estradiol 120
nortrel 1/35 (21) 120
nortrel 1/35 (28) 120
nortrel 7/7/7 (28) 120
nortriptyline..... 130
NORVIR..... 136
NOVOFINE 32..... 164
NOVOFINE AUTOCOVER165
NOVOFINE PLUS..... 165
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 37
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 37
NOVOLIN N FLEXPEN..... 37
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 37
NOVOLIN R FLEXPEN..... 37
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 38
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 38
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN..... 38
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 38
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN..... 38
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 38
NUBEQA..... 24
NUCALA..... 67
NULOJIX..... 88
NUPLAZID..... 48
NURTEC ODT 40
nyamyc 132
nylia 1/35 (28)..... 120
nylia 7/7/7 (28)..... 120
nystatin..... 132
nystatin-triamcinolone . 132, 133
nystop 133
NYVEPRIA 189
O
obstetrix dha..... 191
obstetrix dha prenatal duo ... 191
octreotide acetate..... 83
ODEFSEY..... 136
ODOMZO..... 24
ofloxacin..... 99
OGIVRI..... 24
OGSIVEO..... 24
OJEMDA 24
OJJAARA 24
olanzapine..... 48
olmesartan..... 55
olmesartan-amlodipin-hcthiazid 55
olmesartan-hydrochlorothiazide 55
olopatadine 101
omega-3 acid ethyl esters..... 58
omeprazole..... 76
OMLYCLO..... 88
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) 165
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) 165

OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) 165
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) 165
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 165
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) 165
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) 165
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 165
ONAPGO 43
ondansetron 41
ondansetron hcl 41
ONUREG 24
OPDIVO 24
OPDIVO QVANTIG 24
OPDUALAG 24
OPIPZA 48
ORENCIA 88
ORENCIA (WITH MALTOSE) 88
ORENCIA CLICKJECT 88
ORFADIN 190
ORGOVYX 83
ORILISSA 83
ORKAMBI 67
orquidea 120
ORSERDU 25
oseltamivir 139
OSENVELT 62
OTEZLA 88
OTEZLA STARTER 88
OTEZLA XR 88
OTEZLA XR INITIATION 88
oxcarbazepine 125
oxybutynin chloride 79
oxycodone 106
oxycodone-acetaminophen 106, 107
OZEMPIC 34, 35

P

pacerone 52
paclitaxel protein-bound 25
paliperidone 48
PANRETIN 74
pantoprazole 76
paricalcitol 62
paroxetine hcl 130
PAXLOVID 139
pazopanib 25
PEDIARIX (PF) 93
PEDVAX HIB (PF) 93
peg 3350-electrolytes 78
PEGASYS 139
peg-electrolyte soln 78
PEMAZYRE 25
pemetrexed disodium 25
PEMRYDI RTU 25
PEN NEEDLE 165, 166
PEN NEEDLE, DIABETIC 147, 157, 158, 163, 165, 168
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 169
PENBRAYA (PF) 93
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) 93
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) 93
penicillamine 107
penicillin g potassium 113
penicillin v potassium 113
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 94
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) 94
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) 94
PENTACEL (PF) 94
pentamidine 42
PENTIPS PEN NEEDLE 166
pentoxifylline 188
perampanel 125
perindopril erbumine 60
periogard 71
permethrin 75
perphenazine 48
perphenazine-amitriptyline 130
PERSERIS 48
phenelzine 130
phenobarbital 125
phenytek 125
phenytoin 125
phenytoin sodium 126
phenytoin sodium extended 126
PIFELTRO 136
pilocarpine hcl 71, 97
pimecrolimus 73
pimozide 48
pimtrea (28) 120
pioglitazone 35
pioglitazone-metformin 35
PIP PEN NEEDLE 166
piperacillin-tazobactam 113
PIQRAY 25
pirfenidone 67
pitavastatin calcium 58
PLEGRIDY 66
pnv-dha + docusate 191
pnv-omega 192
podofilox 74
polycin 99
polymyxin b sulf-trimethoprim 99
pomalidomide 25
POMALYST 25
portia 28 121
posaconazole 133
potassium chloride 185, 186
potassium citrate 186
pr natal 400 192
pr natal 400 ec 192
pr natal 430 192
pr natal 430 ec 192
pramipexole 43
prasugrel hcl 188

pravastatin 58
praziquantel 42
prazosin 51
prednisolone 81
prednisolone acetate 100
prednisolone sodium phosphate 81
prednisone 82
pregabalin 126
PREMARIN 81
PREMPHASE 81
PREMPRO 81
prenaissance 192
prenaissance plus 192
prenatabs fa 192
prenatal 19 192
prenatal 19 (with docusate) 192
prenatal plus 192
prenatal plus (calcium carb) 191
prenatal vitamin plus low iron 192
prenatal-u 192
prevalite 58
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 166
PREVYMIS 139
PREZCOBIX 137
PREZISTA 137
PRIMAQUINE 42
primidone 126
PRIORIX (PF) 94
PRO COMFORT ALCOHOL PADS 167
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 166, 167
PRO COMFORT PEN NEEDLE 167
probenecid 39
probenecid-colchicine 39
prochlorperazine 41
prochlorperazine edisylate 41
prochlorperazine maleate 41
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS 167
procto-med hc 73
proctosol hc 73
proctozone-hc 73
PRODIGY INSULIN SYRINGE 167
progesterone micronized 84
PROGRAF 88
PROLASTIN-C 67
promethazine 41
promethegan 41
propafenone 52
propranolol 53
propylthiouracil 79
PROQUAD (PF) 94
protriptyline 130
PULMOZYME 190
PURE COMFORT ALCOHOL PADS 167
PURE COMFORT PEN NEEDLE 167
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 167
pyrazinamide 133
pyridostigmine bromide 102
pyrimethamine 42
Q
QINLOCK 25
QUADRACEL (PF) 94
quetiapine 48
quinapril 60
quinapril-hydrochlorothiazide 60
quinidine sulfate 52
quinine sulfate 42
QULIPTA 40
R
RABAVERT (PF) 94
rabeprazole 76
RALDESY 130
raloxifene 81
ramipril 60
ranolazine 54
rasagiline 43
RASONQUE 25
RASUVO (PF) 88
RAYALDEE 62
reclipsen (28) 121
RECOMBIVAX HB (PF) 94
RELENZA DISKHALER 139
repaglinide 35
REPATHA PUSHTRONEX 58
REPATHA SURECLICK 58
REPATHA SYRINGE 58
RETACRIT 189
RETEVMO 25, 26
RETROVIR 137
REVCOVI 190
REVUFORJ 26
REXULTI 49
REYATAZ 137
REZDIFFRA 79
REZLIDHIA 26
REZUROCK 88
RHOPRESSA 97
ribavirin 140
rifabutin 133
rifampin 133
rifapentine 133
rilpivirine 137
rilpivirine hcl 137
riluzole 66
RINVOQ 89
RINVOQ LQ 89
risperidone 49
risperidone microspheres 49
ritonavir 137
RITUXAN HYCELA 26
rivaroxaban 187
rivastigmine 33
rivastigmine tartrate 33
rizatriptan 40
r-natal ob 192
ROCKLATAN 97

roflumilast 67
ROMVIMZA.....26
ropinirole.....43
rosadan.....75
rosuvastatin 58
ROTARIX.....95
ROTATEQ VACCINE 95
ROZLYTREK.....26
RUBRACA.....26
rufinamide 126
RUKOBIA.....137
RYBELSUS 35
RYBREVANT 26
RYBREVANT FASPRO 26
RYDAPT.....26
RYKINDO 49
RYTELO 26
S
sacubitril-valsartan 55
SAFESNAP INSULIN SYRINGE.....168, 169
SAFETY PEN NEEDLE.....169
SANTYL 74
sapropterin 190
SCEMBLIX.....26, 27
scopolamine base 41
SECUADO 49
SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....169
SECURESAFE PEN NEEDLE 169
SELARSDI.....89
select-ob 192
select-ob (folic acid).....192
selegiline hcl.....43
selenium sulfide.....75
SELZENTRY 137
se-natal 19 chewable.....192
SEREVENT DISKUS.....70
SEROSTIM.....83
sertraline 130
setlakin 121
sevelamer carbonate..... 77
sevelamer hcl..... 78
SEZABY..... 126
sf 5000 plus..... 71
sharobel 121
SHINGRIX (PF)..... 95
SIGNIFOR..... 83
sildenafil 103
sildenafil (pulm.hypertension) 103
silver sulfadiazine..... 75
SIMBRINZA 97
simliya (28) 121
SIMPLI PEN NEEDLE..... 157
simvastatin 58
sirolimus 89
SIRTURO 133
sitagliptin phos-metformin..... 35
sitagliptin phosphate..... 35
SKY SAFETY PEN NEEDLE 169
SKYLA..... 121
SKYRIZI 89
sodium chloride 0.45 %..... 186
sodium chloride 0.9 %..... 186
sodium fluoride-pot nitrate.... 71
sodium oxybate 63
sodium polystyrene sulfonate. 77
sodium,potassium,mag sulfates 78
solifenacin..... 79
SOLIQUA 100/33 38
SOLTAMOX..... 27
SOMATULINE DEPOT 83
SOMAVERT 83
sorafenib 27
sotalol 53
sotalol af 53
SPIRIVA RESPIMAT..... 70
spironolactone 59
spironolacton-hydrochlorothiaz 59
SPRAVATO 130
sprintec (28) 121
SPRITAM 126
sps (with sorbitol) 77
sronyx.....121
ssd 75
stavudine 137
STERILE PADS 157
STIOLTO RESPIMAT 70
STIVARGA 27
STOBOCLO 62
STRENSIQ 190
streptomycin.....108
STRIBILD.....137
STRIVERDI RESPIMAT.....70
subvenite 126
SUBVENITE 126
sucralfate.....76
sulfacetamide sodium.....99
sulfacetamide-prednisolone ...99
sulfadiazine 114
sulfamethoxazole-trimethoprim 114
sulfasalazine.....61
sulindac.....104
sumatriptan 40
sumatriptan succinate 40
sunitinib malate.....27
SUNLENCA 137
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS.....170
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 169
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 169, 170
SURE COMFORT PEN NEEDLE.....170
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 169
SURE-FINE PEN NEEDLES 170

SURE-JECT INSULIN SYRINGE.....170, 171
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS.....171
SYMPAZAN.....126
SYMTUZA.....137
SYNJARDY.....35
SYNJARDY XR.....35
SYNRIBO.....27
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY.....169
T
TABLOID.....27
TABRECTA.....27
tacrolimus.....73, 89
tadalafil.....103
TAFINLAR.....27
TAGRISSO.....27
TALVEY.....27
TALZENNA.....27
tamoxifen.....27
tamsulosin.....78
tarina 24 fe.....121
tarina fe 1-20 eq (28).....121
taron-c dha.....192
taron-prex prenatal-dha.....192
TAVNEOS.....89
tazarotene.....75
tazicef.....111
taztia xt.....53
TDVAX.....95
TECHLITE INSULIN SYRINGE.....171, 172
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT).....171
TECHLITE PEN NEEDLE..172
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE.....172
TECVAYLI.....27
telmisartan.....55
telmisartan-hydrochlorothiazid.....55
temazepam.....33
TENIVAC (PF).....95
tenofovir disoproxil fumarate.....137
TEPMETKO.....27
terazosin.....78
terbinafine hcl.....133
terconazole.....108
teriparatide.....62
TERUMO INSULIN SYRINGE.....172
testosterone.....80
testosterone cypionate.....79
testosterone enanthate.....80
tetrabenazine.....66
tetracycline.....115
TEVIMBRA.....27
THALOMID.....102
theophylline.....70, 71
THINPRO INSULIN SYRINGE.....172, 173
thioridazine.....49
thiothixene.....49
tiadylt er.....54
tiagabine.....126
TIBSOVO.....27
ticagrelor.....188
TICE BCG.....28
TICOVAC.....95
tigecycline.....115
tilia fe.....121
timolol.....97
timolol maleate.....53, 97
tinidazole.....42
tiotropium bromide.....71
TIVDAK.....28
TIVICAY.....138
TIVICAY PD.....138
tizanidine.....190
TOBI PODHALER.....108
tobramycin.....99
tobramycin in 0.225 % nacl.108
tobramycin sulfate.....108
tobramycin-dexamethasone...99
tobramycin-lotepred.....99
tofacitinib.....89, 90
tolterodine.....79
*tolvaptan (polycys kidney dis)*59
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE.....173
topiramate.....126, 127
toremifene.....28
torpenz.....28
torsemide.....59
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR.....38
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN.....38
TRADJENTA.....35
tramadol.....107
tramadol-acetaminophen.....107
trandolapril.....60
tranexamic acid.....186
tranylcypromine.....130
travoprost.....97
trazodone.....130
TRECATOR.....134
TRELEGY ELLIPTA.....71
TRELSTAR.....28
TREMFYA.....90
TREMFYA ONE-PRESS.....90
TREMFYA PEN.....90
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN).....90
tretinoin.....75
tretinoin (antineoplastic).....28
*triamcinol ac (pf) in 0.9%nacl*73
triamcinolone acetonide..71, 73, 82
triamterene-hydrochlorothiazid.....59
tridacaine iii.....107
trientine.....107
tri-estarylla.....121

trifluoperazine 49
trifluridine 99
trihexyphenidyl 43
TRIJARDY XR 35, 36
TRIKAFTA 67, 68
tri-legest fe 121
tri-linyah 121
tri-lo-estarylla 121
tri-lo-marzia 121
tri-lo-mili 121
tri-lo-sprintec 121
trimethoprim 109
tri-mili 121
trimipramine 131
TRINTELLIX 131
tri-nymyo 122
tri-sprintec (28) 122
TRIUMEQ 138
TRIUMEQ PD 138
trivora (28) 122
tri-vylibra 122
tri-vylibra lo 122
TRIZIVIR 138
TROGARZO 138
trospium 79
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS 174
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 173
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 174
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS 174
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 173, 174
TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG 173, 174, 175
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 173
TRUE-COMFORT PRO PEN NEEDLE 175
TRUEPLUS INSULIN 175, 176
TRUEPLUS PEN NEEDLE 175
TRULANCE 77
TRULICITY 36
TRUMENBA 95
TRUQAP 28
TRUXIMA 28
TUKYSA 28
TURALIO 28
turqoz (28) 122
TWINRIX (PF) 95
tyblume 122
TYBOST 102
TYENNE 90
TYENNE AUTOINJECTOR 90
TYMLOS 62
TYPHIM VI 95
U
UBRELVY 40
UDENYCA ONBODY 189
ULTICARE 176, 177
ULTICARE INSULIN SYRINGE 176
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) 176
ULTICARE PEN NEEDLE 176
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 176
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR 177
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 177
ULTILET ALCOHOL SWAB 177
ULTILET INSULIN SYRINGE 160, 178
ULTILET PEN NEEDLE 178
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) 157, 176
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 157, 158, 178, 179
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) 179
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 179
ULTRA FLO PEN NEEDLE 179
ULTRA THIN PEN NEEDLE 179
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 179, 180
ULTRACARE PEN NEEDLE 180
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 180
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 180, 181
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 181
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRN 180, 181
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR 181, 182
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 182
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES 182
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 181
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 182
UNIFINE PENTIPS 182
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 182
UNIFINE PENTIPS PLUS . 182, 183, 185
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 182
UNIFINE PROTECT 183
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 183
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 183

UPTRAVI....103
ursodiol....77
ustekinumab-aauz....90
UZEDY 49, 50
V
valacyclovir 140
VALCHLOR 74
valganciclovir....140
valproate sodium 127
valproic acid....127
valproic acid (as sodium salt) 127
valsartan....56
valsartan-hydrochlorothiazide 56
VALTOCO....127
valtya 122
vancomycin....109
VANFLYTA 28
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE....184
VANISHPOINT SYRINGE183, 184
VAQTA (PF)....95, 96
varenicline tartrate....32
VARIVAX (PF) 96
VAXCHORA VACCINE 96
VELTASSA 77
VEMLIDY 138
VENCLEXTA....28
VENCLEXTA STARTING PACK 28
venlafaxine 131
VEOZAH 102
VEPPANU 28
verapamil....54
VERIFINE INSULIN SYRINGE....184, 185
VERIFINE PEN NEEDLE...184
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 184
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP 184
VERQUVO.... 54
VERSACLOZ.... 50
VERSALON.... 185
VERZENIO 29
V-GO 20 185
V-GO 30 185
V-GO 40 185
vienva.... 122
vigabatrin.... 127
vigadrone 127
vigpoder 127
vilazodone.... 131
VIMKUNYA (PF).... 96
vinorelbine 29
viorele (28) 122
VIRACEPT.... 138
VIREAD 138
vitafol gummies.... 193
vitafol-ob+dha 193
VITRAKVI.... 29
VIVIMUSTA.... 29
VIVOTIF 96
VIZIMPRO.... 29
VOCABRIA 138
volnea (28).... 122
VONJO 29
VOQUEZNA 76
VORANIGO.... 29
voriconazole.... 133
VOSEVI.... 139
VOWST 102
vp-ch-pnv 193
VRAYLAR.... 50
VUMERITY 66
VYALEV.... 43
vylibra.... 122
VYLOY 29
VYNDAMAX 55
VYZULTA 97
W
warfarin....188
WEBCOL....185
WELIREG....29
WINREVAIR....68
wixela inhub 69
X
XALKORI....29
xarah fe 122
XARELTO....188
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START....188
XATMEP 29
XCOPRI....127
XCOPRI MAINTENANCE PACK....127
XCOPRI TITRATION PACK 127
XDEMVY 99
XERMELO 77
XIFAXAN....109
XIGDUO XR 36
XIIDRA....100
XOLAIR 68
XOSPATA 29
XPOVIO 29, 30
XTANDI 30
xulane....122
XULTOPHY 100/3.6....38
Y
YERVOY 30
YESINTEK....90
YF-VAX (PF) 96
YONSA....30
YUFLYMA(CF) 91
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS....90
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR....91
yulithira....30
YUTREPIA....103
yuvafem 81

Z

zafemy.....122
zafirlukast.....69
zaleplon.....63
zatean-pn dha.....193
zatean-pn plus.....193
ZEJULA.....30
ZELBORAF.....30
zenatane.....74
ZENBEXUS.....30
ZENPEP.....190
zidovudine.....138
ZIIHERA.....30
zingiber.....193
ziprasidone hcl.....50
ziprasidone mesylate.....50
ZIRABEV.....30
ZIRGAN.....99
ZOLADEX.....30
ZOLINZA.....30
zolpidem.....63
ZONISADE.....127
zonisamide.....128
zovia 1-35 (28).....122
ZTALMY.....128
ZTLIDO.....107
ZURZUVAE.....131
ZYDELIG.....31
ZYKADIA.....31
ZYNLONTA.....31
ZYNYZ.....31
ZYPREXA RELPREVV.....50

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* សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយជ័សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃដងដែរ។ 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 นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-833-627-8252 (TTY: 1-800-735-2929) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ (Thai)

Este formulario fue actualizado el 11/01/2026.

Para obtener información más reciente y otras preguntas, comuníquese con los Servicios para Miembros del Plan Medicare Advantage de UCLA Health al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), Horas de Operación: Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamar de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, o visite UCLAHealthMedicareAdvantage.org.