



FORMULARIO PARA 2025

(LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS)

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

FORMULARY ID 25256, VERSION 14

ASTIVA HEALTH SERVICIO AL MIEMBRO

1-866-688-9021 (TTY: 711)

Horas de operación:

8:00AM to 8:00PM, siete días a la semana de Octubre 1 - Marzo 31
8:00AM to 8:00PM, de lunes - viernes, excepto días festivos
de Abril 1 - Septiembre 30

MESA DE ASISTENCIA DE FARMACIA

1-833-697-6561

Horas de operación:

24 horas al día, 7 días a la semana

ESTE FORMULARIO SE ACTUALIZO EL **05/01/2025**. PARA CONSULTAR UN LISTADO COMPLETO O SI TIENE OTRAS PREGUNTAS, COMUNÍQUESE CON ASTIVA HEALTH, INC'S DEPARTAMENTO DE SERVICIO AL MIEMBRO AL 1-866-688-9021. (LOS USUARIOS DE TTY DEBEN LLAMAR AL 711), DE 8:00AM A 8:00PM, SIETE DÍAS A LA SEMANA DE OCTUBRE 1 - MARZO 31, Y 8:00AM A 8:00PM DE LUNES- VIERNES, EXCEPTO FESTIVOS IMPORTANTES DE ABRIL 1- SEPTIEMBRE 30 8:00AM A 8:00PM, O VISITE WWW.ASTIVAHEALTH.COM.

Modelo de Formulario de la Parte D para 2025 completo

Nota para los miembros actuales: este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma. Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Astiva

Health, Inc.. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Astiva Health Savings Plan (HMO) 001, Astiva Health Savings Plan - NorCal (HMO) 011, Astiva Health Premier Plan (HMO) 010, Astiva Health Premier Plan (HMO) - NorCal 012, Astiva Health C-SNP Deluxe (HMO C-SNP) 007, Astiva Health C-SNP WOW (HMO C-SNP) 008, o Astiva Health C-SNP WOW - NorCal (HMO C-SNP) 013.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el **05/01/2024**. Comuníquese con nosotros para obtener un formulario actualizado. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Astiva Health, Inc.?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Astiva Health, Inc. con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, Astiva Health, Inc. cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Astiva Health, Inc. y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero se podrían agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones por parte de Astiva Health, Inc. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y

Modelo de Formulario de la Parte D para 2025 completo

usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Astiva Health, Inc.?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el Formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o a ambos. O podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Astiva Health, Inc.?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2025 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2025, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el **01/01/2025**. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Astiva Health, Inc. comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. En el evento de cambios que no son de mantenimiento al formulario durante todo el año, Astiva Health, Inc. puede hacer cambios a través de hojas de erratas enviado por correo a usted.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página . Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría de agentes cardiovasculares. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página . Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página I-1. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Astiva Health, Inc. cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Astiva Health, Inc. exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con Astiva Health, Inc. antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene autorización, es posible que Astiva Health, Inc. no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Astiva Health, Inc. limita la cantidad del medicamento que cubrirá Astiva Health, Inc. Por ejemplo, Astiva Health, Inc. proporciona 9 tabletas por receta para sumatriptan. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Astiva Health, Inc. requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Astiva Health, Inc. no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, Astiva Health, Inc. cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos para explicar nuestra restricción de autorización previa y de tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a Astiva Health, Inc. que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo

Modelo de Formulario de la Parte D para 2025 completo

puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Astva Health, Inc.?” en la página “v” para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

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

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que Astva Health, Inc. no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Astva Health, Inc. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Astva Health, Inc.
- Puede solicitar que Astva Health, Inc. haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Astva Health, Inc?

Puede solicitarle a Astva Health, Inc que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Astva Health, Inc limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Astva Health, Inc. solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura para una excepción al Formulario, nivel, o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario, nivel, o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el Formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el Formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de 30 días del medicamento. Después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al formulario.

Para miembros que están fuera de su período de transición, y experimentar un cambio en el nivel de atención, en qué miembro está cambiando de un tratamiento a otro (por ejemplo, de un centro de atención a largo plazo a hospital a centro de atención a largo plazo, de hospital a casa, de casa a centro de atención a largo plazo), al ingreso o al alta de un entorno de tratamiento o un centro de atención a largo plazo, Astiva Health, Inc permitirá al miembro acceder a una recarga equivalente a un suministro de un mes para medicamentos del formulario y una transición de suministro de emergencia de un mes para medicamentos que no están en el formulario (incluido los medicamentos de la parte D que están en el formulario de Astiva Health, Inc pero requieren autorización previa o terapia escalonada).

Esta política no se aplica a permisos de ausencia a corto plazo. (por ejemplo, feriados o vacaciones) de un centro de atención a largo plazo o instalaciones hospitalarias.

En la medida en que un afiliado esté fuera de su período de transición de 90 días y se encuentre en un entorno ambulatorio, la organización seguirá proporcionando un suministro de emergencia de medicamentos que no están en el formulario (incluidos los medicamentos de la parte d que están en el formulario que de otro modo requerirían autorización previa o terapia escalonada según las reglas de administración de utilización), sobre una base de caso por caso, mientras se procesa una solicitud de excepción. En la medida en que un afiliado esté fuera de su período de transición de 90 días y se encuentre en un entorno de atención a largo plazo, la organización aún proporcionará un suministro de emergencia de medicamentos cubiertos por la parte d que no están en el formulario (incluidos los medicamentos cubiertos por la parte d que están en el formulario y que de otro modo requerirían autorización previa o terapia escalonada según las reglas de administración de utilización del Plan), mientras se procesa una solicitud de excepción.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Astva Health, Inc, consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Astva Health, Inc, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

Formulario de Astva Health, Inc.

El Formulario que comienza en la siguiente página proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por Astva Health, Inc. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página I-1. La primera columna de la tabla

menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, IBU ORAL TABLET) y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, *ibuprofen oral tablet*).

Astiva CSNP 2025 6-Tier (Lista de Medicamentos Cubiertos)

Lista de medicamentos por condición médica

AGENTES ANTI CÁNCER.....	12
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS	31
AGENTES ANTIANSIEDAD	32
AGENTES ANTIDEMENCIA	33
AGENTES ANTIDIABETICO	34
AGENTES ANTIGOTA	40
AGENTES ANTIMIGRAÑA.....	41
AGENTES ANTINAUSEA	42
AGENTES ANTIPARASITARIOS.....	43
AGENTES ANTIPARKINSON.....	44
AGENTES ANTIPSICÓTICOS	46
AGENTES CALÓRICOS.....	53
AGENTES CARDIOVASCULARES	53
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA.....	64
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA.....	64
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO	65
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....	66
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO	70
AGENTES DENTALES Y ORALES.....	75
AGENTES DERMATOLÓGICOS	75
AGENTES GASTROINTESTINALES	80
AGENTES GENITOURINARIOS.....	83
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR.....	84
AGENTES INMUNOLÓGICOS	89
AGENTES OFTÁLMICOS	100
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA	102
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS.....	105

AGENTES VASODILATADORES	107
ANALGÉSICOS.....	107
ANESTÉSICOS.....	111
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS	111
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA).....	112
ANTIBACTERIANOS.....	112
ANTICONCEPTIVOS.....	119
ANTICONVULSIVOS.....	126
ANTIDEPRESIVOS	132
ANTIFÚNGICOS.....	136
ANTIISTAMÍNICOS	138
ANTIMICOBACTERIALES	138
ANTIVIRALES (SITÉMICO).....	138
COFACTORES ENZIMÁTICOS/OTROS	145
DISPOSITIVOS	145
PREPARACIONES DE REEMPLAZO	192
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN.....	194
REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA	197
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS	198
VITAMINAS Y MINERALES	198

La leyenda

1: Medicamentos Genericos Preferidos

2: Medicamentos Genericos

3: Medicamentos De Marca Preferidos

4: Medicamentos No Preferidos

5: Medicamentos De Especialidad

6: Medicamentos De Atención Selecta

EX: Medicamento Excluido - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto por un plan de medicamentos recetados de Medicare y se considera una cobertura mejorada. El monto que paga cuando obtiene una receta para este medicamento no cuenta para los costos totales de sus medicamentos (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo ayuda adicional para pagar sus recetas, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento. Se aplican límites de cantidad y este medicamento puede estar cubierto durante el período de brecha según el diseño del plan individual.

HI: Infusión Casera - Este medicamento recetado está cubierto por nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-833-697-6561, 7 días de la semana y 24 horas del día. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

MO: Pedido Por Correo - Esta receta también puede estar disponible por correo.

NDS: No Hay Suministro Extendido - Este medicamento está limitado a un suministro de 30 días por receta, incluido el pedido por correo.

PA: Autorización Previa - Usted (o su médico) debe obtener una autorización previa antes de que llene su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.

PA BvD: Autorización Previa - Parte B vs. Parte D - Algunos medicamentos pueden tener cobertura de la Parte B o Parte D de Medicare, según las circunstancias.

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

PA NSO: Autorización Previa - Sólo Para Nuevo Inicios - Usted (o su médico) debe obtener una autorización previa antes de que llene su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que no cubramos este medicamento.

PA-HRM: Medicamentos De Alto Riesgo - Es posible que se requiera autorización previa (PA) para personas mayores de 65 años.

QL: Limite de Cantidad - Un limite de cantidad se ha implementado en el medicamento recetado.

ST: Terapia Escalonada - Los requisitos de la terapia escalonada deben cumplirse antes de surtir el medicamento recetado.

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

05/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
AGENTES ANTI CÁNCER		
<i>Agentes Anti Cáncer</i>		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i> (Abirtega)	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i> (Zytiga)	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i> (Abirtega)	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	5	PA NSO; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	MO
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4ML	5	PA NSO; NDS; QL (1.6 ML per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 EA per 30 days)
AXTLE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 500 MG (pemetrexed dipotassium)	5	HI; NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i> (Vidaza)	5	NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 EA per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 28 days)
BENDAMUSTINE HCL (bendamustine hcl) INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	5	PA NSO; NDS
<i>bendamustine hcl intravenous solution reconstituted 100 mg, 25 mg</i> (Treanda)	5	PA NSO; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML (bendamustine hcl)	5	PA NSO; NDS
<i>bexarotene external gel 1 %</i> (Targretin)	5	PA NSO; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	5	PA NSO; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	1	
BIZENGRI (750 MG DOSE) INTRAVENOUS SOLUTION THERAPY PACK 375 MG/18.75ML	5	PA NSO; NDS; QL (75 ML per 28 days)
<i>bleomycin sulfate injection solution reconstituted 15 unit, 30 unit</i>	1	
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg</i>	4	PA NSO; HI; NDS
<i>bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg</i> (Velcade)	4	PA NSO; HI; NDS
BORUZU INJECTION SOLUTION 3.5 MG/1.4ML	4	PA NSO; HI; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	5	PA NSO; NDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 EA per 28 days)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	5	PA NSO; NDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 EA per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (63 EA per 28 days)
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 2 gm/4ml</i> (Frindovyx)	5	PA BvD; NDS
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/5ML, 500 MG/2.5ML, 500 MG/5ML, 500 MG/ML	5	PA BvD; NDS
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG	2	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral capsule 50 mg</i>	2	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg</i>	3	PA BvD; ST
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG	3	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 40 MG/10ML	5	PA NSO; NDS; QL (120 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

05/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 EA per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i> (Sprycel)	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i> (Sprycel)	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	5	PA NSO; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>decitabine intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	5	HI; NDS
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Doxil)	5	PA BvD; NDS
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/20ML	5	PA NSO; NDS
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	4	PA NSO; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 44 MG/1.1ML	5	PA NSO; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 76 MG/1.9ML	5	PA NSO; NDS; QL (9.5 ML per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NDS
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8ML, 48 MG/0.8ML	5	PA NSO; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50ML, 200 MG/100ML	5	PA NSO; HI; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 150 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	4	HI; NDS
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml</i>	2	HI
<i>everolimus oral tablet 10 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NDS; QL (56 EA per 28 days)
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 28 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NDS; QL (112 EA per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	2	MO
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	5	PA BvD; NDS
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	3	PA BvD
<i>floxuridine injection solution reconstituted 0.5 gm</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	2	PA BvD
FLUTAMIDE ORAL CAPSULE 125 MG	2	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 EA per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i> (Faslodex)	5	NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	5	PA NSO; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG	4	NDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG	5	NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (224 EA per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 EA per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (224 EA per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	5	PA NSO; NDS; QL (5 ML per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 EA per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 EA per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gm/20ml, 3 gm/60ml</i>	2	
<i>ifosfamide intravenous solution</i> (Ifex) <i>reconstituted 1 gm</i>	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (180 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (216 ML per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG, 10 MG	5	PA NSO; NDS
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/1.25ML, 300 MG/15ML	5	PA NSO; NDS
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (280 ML per 28 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 EA per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 EA per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/10ML	5	PA NSO; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	4	PA BvD; ST; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	5	PA NSO; NDS
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	5	PA NSO; NDS; QL (2 ML per 28 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (63 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (49 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (91 EA per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 EA per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	5	PA NSO; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 28 days)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	5	PA NSO; NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	5	PA NSO; NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	5	PA NSO; NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	5	PA NSO; NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	5	PA NSO; NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	5	PA NSO; NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	5	PA NSO; NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	5	PA NSO; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	MO
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NDS
LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH) INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG	4	PA NSO; NDS
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	2	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA NSO; NDS; QL (100 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA NSO; NDS; QL (80 EA per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6ML	5	PA NSO; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML, 30 MG/30ML	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	5	PA NSO; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (140 EA per 28 days)
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (140 EA per 28 days)
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (140 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 250 MG/10ML	5	PA NSO; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	PA NSO; PA-HRM
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (1260 ML per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension</i> (Purixan) <i>2000 mg/100ml</i>	5	NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	1	
METHOTREXATE SODIUM INJECTION SOLUTION 50 MG/2ML	1	
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone hcl intravenous concentrate 20 mg/10ml</i>	1	HI
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	5	PA NSO; HI; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	5	NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (3 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (96 ML per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	5	PA NSO; NDS; QL (24 EA per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (14 EA per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 120 MG/12ML, 240 MG/24ML, 40 MG/4ML	5	PA NSO; NDS
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UT/5ML	5	PA NSO; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20ML	5	PA NSO; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	5	PA BvD; HI; NDS
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
PEMETREXED DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/40ML, 100 MG/4ML, 500 MG/20ML	5	HI; NDS
PEMETREXED DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 850 MG/34ML	5	NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 1000 mg, 750 mg</i>	5	HI; NDS
<i>pemetrexed ditromethamine intravenous solution reconstituted 100 mg, 500 mg</i>	5	HI; NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	5	HI; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 EA per 28 days)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 EA per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 EA per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION (mercaptopurine) 2000 MG/100ML	5	NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 EA per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	5	PA NSO; HI; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400-23400 MG -UT/11.7ML, 1600-26800 MG -UT/13.4ML	5	PA NSO; NDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (8 EA per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 EA per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	5	PA NSO; HI; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 350 MG/7ML	5	PA NSO; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (224 EA per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 188 MG, 47 MG	5	PA NSO; NDS
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 EA per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	5	NDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i> (NexAVAR)	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 EA per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	5	PA NSO; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	4	NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 EA per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (900 EA per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 3 MG/1.5ML, 40 MG/ML	5	PA NSO; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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 EA per 30 days)
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 EA per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 EA per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 153 MG/1.7ML, 30 MG/3ML	5	PA NSO; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML	5	PA NSO; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	4	NDS
TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 EA per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 100 mg/5ml</i>	2	HI
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NDS
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	4	PA NSO; NDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	5	NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (64 EA per 28 days)
TRUQAP TABLET THERAPY PACK 160 MG ORAL	5	PA NSO; NDS; QL (64 EA per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	5	PA NSO; HI; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 EA per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NDS
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	5	PA NSO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; QL (60 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	5	PA NSO; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 EA per 28 days)
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	2	HI
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (300 ML per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	5	PA NSO; NDS
VYLOY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	5	PA NSO; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 EA per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST; NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (16 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (4 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (4 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (24 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (32 EA per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40ML, 50 MG/10ML	5	PA NSO; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 EA per 30 days)
ZIIHERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG	5	PA NSO; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	5	PA NSO; HI; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ZOLADEx SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	4	PA NSO; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 EA per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG	5	PA NSO; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20ML	5	PA NSO; NDS; QL (20 ML per 28 days)
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS		
<i>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</i>		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	2	MO
APO-VARENICLINE TABLET 1 MG ORAL	2	QL (336 EA per 365 days)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	4	NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	4	NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	MO
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML	3	QL (4 EA per 30 days)
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml, 2 mg/2ml</i>	2	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i> (Narcan)	2	QL (4 EA per 30 days)
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	2	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	4	NDS; QL (240 ML per 180 days)
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	2	
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg</i>	2	QL (336 EA per 365 days)
VARENICLINE TARTRATE ORAL TABLET 1 MG	2	QL (336 EA per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg</i> (Chantix) (56 pack)	2	QL (336 EA per 365 days)
AGENTES ANTIANSIEDAD		
<i>Benzodiacepinas</i>		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	QL (150 EA per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (KlonoPIN)	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (KlonoPIN)	1	QL (300 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	2	QL (300 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	4	NDS; QL (180 EA per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml	1	QL (10 ML per 28 days)
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	2	QL (1200 ML per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5ml	2	QL (1200 ML per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg (Valium)	1	QL (120 EA per 30 days)
diazepam solution 5 mg/ml injection	2	
lorazepam concentrate 2 mg/ml oral (LORazepam Intensol)	1	QL (150 ML per 30 days)
lorazepam injection solution 2 mg/ml (Ativan)	1	QL (2 ML per 30 days)
lorazepam injection solution 4 mg/ml (Ativan)	4	NDS; QL (2 ML per 30 days)
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml (LORazepam Intensol)	1	QL (150 ML per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Ativan)	1	QL (90 EA per 30 days)
lorazepam oral tablet 2 mg (Ativan)	1	QL (150 EA per 30 days)
lorazepam solution 4 mg/ml injection (Ativan)	1	QL (2 ML per 30 days)
temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg (Restoril)	1	QL (30 EA per 30 days)
temazepam oral capsule 22.5 mg (Restoril)	2	QL (30 EA per 30 days)
temazepam oral capsule 7.5 mg (Restoril)	2	QL (120 EA per 30 days)
triazolam oral tablet 0.125 mg	2	QL (120 EA per 30 days)
triazolam oral tablet 0.25 mg (Halcion)	2	QL (60 EA per 30 days)
AGENTES ANTIDEMENCIA		
Agentes Antidemencia		
donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg (Aricept)	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
donepezil hcl oral tablet 23 mg (Aricept)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg	1	MO
donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg	1	MO; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

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

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	6	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	6	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral solution 500 mg/5ml</i> (Riomet)	4	NDS; QL (765 ML per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	6	MO; QL (75 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	6	MO; QL (150 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 750 mg</i>	6	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	6	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>metformin hcl tablet 1000 mg oral</i>	6	MO; QL (75 EA per 30 days)
<i>metformin hcl tablet 500 mg oral</i>	6	MO; QL (150 EA per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	5	PA; NDS; QL (112 EA per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	3	PA; MO; QL (2 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 2.5 MG/0.5ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	6	MO; QL (90 EA per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 2 MG/3ML	3	PA; MO; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 4 MG/3ML	3	PA; MO; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	3	PA; MO; QL (3 ML per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg</i>	6	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus Met)	6	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	6	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	6	MO; QL (240 EA per 30 days)
RYBELSUS (FORMULATION R2) ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG	3	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	3	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 25-1000 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	3	PA; MO; QL (2 ML per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET (dapagliflozin pro- EXTENDED RELEASE 24 HOUR metformin er) 10-1000 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-500 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-500 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET (dapagliflozin pro- EXTENDED RELEASE 24 HOUR metformin er) 5-1000 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (24 ML per 28 days)
<i>insulin asp prot & asp flexpen</i> <i>subcutaneous suspension pen-</i> <i>injector (70-30) 100 unit/ml</i> (NovoLOG 70/30 FlexPen ReliOn)	2	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
INSULIN ASPART FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	2	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
INSULIN ASPART INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	2	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
INSULIN ASPART PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	2	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
<i>insulin aspart prot & aspart</i> <i>subcutaneous suspension (70-30) 100</i> <i>unit/ml</i> (NovoLOG Mix 70/30)	2	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (insulin glargine solostar)	3	MO; max \$35 copay per month supply
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glargine)	3	MO; max \$35 copay per month supply
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
NOVOLIN 70/30 RELION SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
NOVOLIN N RELION SUSPENSION 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
NOVOLIN R RELION SOLUTION 100 UNIT/ML INJECTION	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 ML per 28 days)
SEMGLEE (YFGN) (insulin glargine-yfgn) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply
SEMGLEE (YFGN) (insulin glargine-yfgn) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 28 days)
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 ML per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR (insulin glargine max solostar) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply
TOUJEO SOLOSTAR (insulin glargine solostar) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH (insulin degludec flextouch) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply
TRESIBA SUBCUTANEOUS (insulin degludec) SOLUTION 100 UNIT/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	3	MO; max \$35 copay per month supply; QL (15 ML per 28 days)
Sulfonilureas		
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	6	MO; QL (60 EA per 30 days)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg (Glucotrol XL)	6	MO; QL (60 EA per 30 days)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg (Glucotrol XL)	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	6	MO; QL (120 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 2.5 mg	6	MO; QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	6	MO; QL (240 EA per 30 days)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg	6	MO; QL (240 EA per 30 days)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	6	MO; QL (120 EA per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg	6	PA; MO; PA-HRM
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg	6	PA; MO; PA-HRM
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg	6	PA; MO; PA-HRM
AGENTES ANTIGOTA		
Agentes Antigota, Otros		
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	1	MO
colchicine oral capsule 0.6 mg (Mitigare)	2	QL (60 EA per 30 days)
colchicine oral tablet 0.6 mg	2	QL (120 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	2	MO
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	4	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	MO
AGENTES ANTIMIGRAÑA		
Agentes Antimigraña		
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5ML	3	PA; MO; QL (1.5 ML per 30 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 225 MG/1.5ML	3	PA; MO; QL (1.5 ML per 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	5	ST; NDS; QL (8 ML per 28 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	3	PA; MO; QL (3 ML per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; MO; QL (2 ML per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; MO; QL (2 ML per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	2	QL (9 EA per 30 days)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	3	PA; QL (18 EA per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	3	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	1	QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg</i>	1	QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	2	QL (18 EA per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 5 mg</i>	2	QL (18 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
sumatriptan nasal solution 20 mg/act, 5 mg/act	2	QL (12 EA per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg (Imitrex)	1	QL (9 EA per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg (Imitrex)	1	QL (18 EA per 30 days)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml (Imitrex STATdose Refill)	4	NDS; QL (4 ML per 28 days)
sumatriptan succinate solution auto-injector 4 mg/0.5ml subcutaneous (Imitrex STATdose System)	2	QL (4 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml	2	QL (5 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml (Imitrex STATdose System)	4	NDS; QL (4 ML per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 EA per 30 days)
AGENTES ANTINAUSEA		
Agentes Antinausea		
aprepitant oral capsule 125 mg	2	PA BvD; QL (2 EA per 28 days)
aprepitant oral capsule 40 mg	2	PA BvD; QL (1 EA per 28 days)
aprepitant oral capsule 80 & 125 mg (Emend TriPack)	2	PA BvD
aprepitant oral capsule 80 mg (Emend BiPack)	2	PA BvD; QL (4 EA per 28 days)
compro rectal suppository 25 mg (Compro)	2	
dronabinol oral capsule 10 mg, 5 mg	4	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
dronabinol oral capsule 2.5 mg (Marinol)	4	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
meclizine hcl oral tablet 12.5 mg	1	
meclizine hcl oral tablet 25 mg (Dramamine)	1	
ondansetron hcl oral tablet 24 mg	4	PA BvD; NDS
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	1	PA BvD

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	2	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml</i> (Phenergan)	2	PA; PA-HRM
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA; PA-HRM
<i>promethazine hcl rectal suppository 25 mg</i> (Promethegan)	2	PA; PA-HRM
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg</i>	2	PA; PA-HRM
<i>promethegan rectal suppository 25 mg</i> (Promethegan)	2	PA; PA-HRM
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	4	PA; NDS; PA-HRM; QL (10 EA per 30 days)
AGENTES ANTIPARASITARIOS		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i> (Mepron)	2	
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i> (Malarone)	2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	MO
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	NDS
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg</i>	2	MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	2	MO; QL (90 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 300 mg</i> (Sovuna)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 400 mg</i>	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NDS; QL (84 EA per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	2	
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	2	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	2	MO
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	5	NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	2	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i> (Nebupent)	2	PA BvD
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i> (Pentam)	2	HI
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i> (Biltricide)	2	
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET 26.3 (15 BASE) MG	4	NDS
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	5	PA; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	2	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
AGENTES ANTIPARKINSON		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	MO
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	MO
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	2	MO
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg</i>	2	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 25-100 mg, 25-250 mg</i>	4	NDS
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	2	MO
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NDS; QL (150 EA per 30 days)
KYNMOBI TITRATION KIT SUBLINGUAL KIT 10&15&20&25&30 MG	5	PA; NDS
ONAPGO SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 98 MG/20ML	5	PA; NDS; QL (30 ML per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	MO
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	4	NDS
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	2	MO
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	MO
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	4	NDS
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
VYALEV SUBCUTANEOUS SOLUTION 12-240 MG/ML	5	PA; NDS; QL (560 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
AGENTES ANTIPSICÓTICOS		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML	5	NDS; QL (2.4 ML per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML	5	NDS; QL (3.2 ML per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	5	NDS; QL (1 EA per 26 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	5	NDS; QL (1 EA per 26 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	2	MO
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	2	MO
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg</i>	4	ST; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>	4	ST; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	5	NDS; QL (4.8 ML per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	5	NDS; QL (3.9 ML per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	5	NDS; QL (1.6 ML per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	5	NDS; QL (2.4 ML per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	5	NDS; QL (3.2 ML per 14 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>asenapine maleate sublingual tablet</i> (Saphris) <i>sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	NDS; QL (60 EA per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>chlorpromazine hcl injection solution</i> <i>25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	2	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate</i> <i>100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	2	MO
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	NDS
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Clozaril)	2	
<i>clozapine oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	4	ST; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	4	ST; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	4	ST; NDS; QL (120 EA per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5	ST; NDS; QL (60 EA per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG	5	ST; NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	5	NDS; QL (0.75 ML per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 ML per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	5	NDS; QL (1.5 ML per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML	5	NDS; QL (2.25 ML per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	5	NDS; QL (0.25 ML per 21 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	5	NDS; QL (0.5 ML 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 EA per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	4	ST; NDS
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	MO
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	2	MO
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	NDS
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i> (Haldol Decanoate)	2	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>haloperidol lactate solution 5 mg/ml injection</i>	1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	MO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML	5	NDS; QL (3.5 ML per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML	5	NDS; QL (5 ML per 166 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	5	NDS; QL (0.75 ML per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 ML per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	5	NDS; QL (1.5 ML per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	3	QL (0.25 ML per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	5	NDS; QL (0.5 ML per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML	5	NDS; QL (0.88 ML per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML	5	NDS; QL (1.32 ML per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	5	NDS; QL (1.75 ML per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML	5	NDS; QL (2.63 ML per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg</i>	2	MO; QL (240 EA per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 25 mg</i>	2	MO; QL (270 EA per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 5 mg</i>	5	NDS; QL (120 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i> (ZyPREXA)	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	MO
<i>olanzapine oral tablet 20 mg</i> (ZyPREXA)	2	MO
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	MO
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg</i>	4	NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	4	NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i> (Invega)	4	NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	MO
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	5	NDS; QL (1 EA per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	MO
<i>prochlorperazine edisylate solution 10 mg/2ml injection</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
quetiapine fumarate er oral tablet (SEROquel XR) extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	2	MO
quetiapine fumarate oral tablet 100 (SEROquel) mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	2	MO
quetiapine fumarate oral tablet 150 mg	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
risperidone microspheres er (RisperDAL Consta) intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg	2	QL (2 EA per 28 days)
risperidone microspheres er (RisperDAL Consta) intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg	5	NDS; QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml (RisperDAL)	2	MO
risperidone oral tablet 0.25 mg	1	MO
risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, (RisperDAL) 2 mg, 3 mg, 4 mg	1	MO
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	4	NDS
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	5	NDS; QL (2 EA per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	MO
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	2	MO
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.28ML	5	NDS; QL (0.28 ML per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 125 MG/0.35ML	5	NDS; QL (0.35 ML per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 150 MG/0.42ML	5	NDS; QL (0.42 ML per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 200 MG/0.56ML	5	NDS; QL (0.56 ML per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 250 MG/0.7ML	5	NDS; QL (0.7 ML per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.14ML	5	NDS; QL (0.14 ML per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.21ML	5	NDS; QL (0.21 ML per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NDS; QL (540 ML per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	4	ST; NDS
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Geodon)	2	MO
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i> (Geodon)	2	QL (6 EA per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	4	NDS; QL (2 EA per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	5	NDS; QL (2 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	5	NDS; QL (1 EA per 28 days)
AGENTES CALÓRICOS		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	4	PA BvD; NDS
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	4	PA BvD; NDS
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION 6 %	4	PA BvD; NDS
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	4	PA BvD; NDS
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	4	PA BvD; NDS
<i>dextrose intravenous solution 5 %</i>	2	
<i>dextrose solution 5 % intravenous</i>	2	
<i>dextrose solution 5 % intravenous</i>	2	HI
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	4	PA BvD; NDS
AGENTES CARDIOVASCULARES		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	MO
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr</i> (Catapres-TTS-1)	2	MO
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr</i> (Catapres-TTS-2)	2	MO
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i> (Catapres-TTS-3)	2	MO
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	1	MO
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	5	PA; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	2	MO
Agentes Antiarrítmicos		
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg (Pacerone)	2	MO
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg (Tikosyn)	2	MO
flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	2	MO
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	MO
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg (Pacerone)	2	MO
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg	2	MO
propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	2	MO
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	2	MO
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg	1	MO
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Tenormin)	1	MO
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg (Tenoretic 100)	1	MO
atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg (Tenoretic 50)	1	MO
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	1	MO
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	MO
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	MO
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	2	MO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	2	MO
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Betapace)	1	MO
<i>sorine oral tablet 240 mg</i>	1	MO
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Betapace AF)	1	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Betapace)	1	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>	1	MO
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	4	NDS
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	1	MO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i> (Tiadylt ER)	2	MO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	4	NDS
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	1	MO
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	1	MO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	MO
<i>taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>taztia xt oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i> (Tiadylt ER)	1	MO
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i> (Tiadylt ER)	1	MO
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (Verelan)	2	MO
VERAPAMIL HCL ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 360 MG	4	NDS
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	MO
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	3	MO; QL (600 ML per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i> (Digox)	1	MO
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg</i> (Lanoxin)	1	MO
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	3	QL (4 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml</i> (Auvi-Q)	3	QL (4 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml</i> (EpiPen Jr 2-Pak)	2	QL (4 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml</i> (Auvi-Q)	2	QL (4 EA per 30 days)
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	5	PA; NDS; QL (18 ML per 30 days)
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i> (Firazyr)	5	PA; NDS; QL (18 ML per 30 days)
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Corlanor)	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	5	NDS
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg</i>	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	2	MO; QL (120 EA per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	4	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	6	MO
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	6	MO
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	3	MO; QL (240 EA per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Avapro)	6	MO
<i>irbesartan oral tablet 75 mg</i>	6	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	6	MO
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	6	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>losartan potassium-hctz oral tablet</i> (Hyzaar) 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	6	MO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet</i> 20 (Benicar) mg, 40 mg, 5 mg	6	MO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet</i> 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg (Benicar HCT)	6	MO
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet</i> 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg (Tribenzor)	6	MO
<i>telmisartan oral tablet</i> 20 mg, 40 mg, 80 mg (Micardis)	6	MO
<i>telmisartan-hctz oral tablet</i> 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg (Micardis HCT)	6	MO
<i>valsartan oral tablet</i> 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg (Diovan)	6	MO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet</i> 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg (Diovan HCT)	6	MO
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule</i> 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg (Lotrel)	6	MO
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule</i> 2.5-10 mg, 5-40 mg	6	MO
<i>amlodipine besylate oral tablet</i> 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Norvasc)	1	MO
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet</i> 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg (Exforge)	6	MO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet</i> 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg (Azor)	6	MO
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet</i> 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg (Exforge HCT)	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	MO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL)	1	MO
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i> (Caduet)	6	MO
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i> (Caduet)	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>	6	MO
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i> (Prevalite)	2	MO
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i> (Questran)	2	MO
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i> (Welchol)	4	NDS
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i> (Welchol)	2	MO
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	2	MO
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i> (Colestid)	2	MO
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i> (Vytorin)	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate capsule 134 mg oral</i>	2	MO
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	2	MO
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 160 mg, 40 mg, 54 mg</i>	1	MO
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i> (Lescol XL)	6	MO
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	6	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	MO
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i> (Vascepa)	2	MO; QL (240 EA per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i> (Vascepa)	2	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	MO
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	3	ST; MO; QL (30 EA per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	3	ST; MO; QL (30 EA per 30 days)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) ORAL TABLET 500 MG (niacin (antihyperlipidemic))	4	NDS
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	MO
NIACOR ORAL TABLET 500 MG (niacin (antihyperlipidemic))	4	NDS
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i> (Lovaza)	2	ST; MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Livalo)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	6	MO
<i>pravastatin sodium oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>prevalite oral packet 4 gm</i> (Prevalite)	2	MO
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	3	ST; MO; QL (7 ML per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	3	ST; MO; QL (6 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	3	ST; MO; QL (6 ML per 28 days)
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg (Crestor)	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg (Zocor)	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
Diuréticos		
amiloride hcl oral tablet 5 mg	1	MO
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	1	MO
bumetanide oral tablet 0.5 mg (Bumex)	2	MO
bumetanide oral tablet 1 mg, 2 mg	2	MO
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	1	MO
furosemide injection solution 10 mg/ml	1	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml	1	MO
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg (Lasix)	1	MO
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	1	MO
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	1	MO
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	1	MO
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	MO
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Aldactone)	1	MO
spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg	1	MO
toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>torse mide oral tablet 20 mg</i> (Soaanz)	1	MO
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	MO
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	6	MO
<i>benazepril hcl oral tablet 5 mg</i>	6	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	6	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	6	MO
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	MO
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	6	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	6	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	6	MO
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	MO
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	6	MO
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	6	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	6	MO
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	6	MO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	6	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg (Accupril)	6	MO
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg (Accuretic)	6	MO
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-25 mg	6	MO
ramipril oral capsule 1.25 mg, 5 mg	6	MO
ramipril oral capsule 10 mg, 2.5 mg (Altace)	6	MO
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	6	MO
trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg	6	MO
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg (Tekturna)	2	MO
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg (Inspra)	2	MO
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
Vasodilatadores		
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg	2	MO
isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg, 5 mg (Isordil Titrados)	2	MO
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg	1	MO
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	1	MO
minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr (Nitro-Dur)	2	MO
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	1	MO
nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg (Nitrostat)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr (Nitro-Dur)	2	MO
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Lotronex)	2	MO
balsalazide disodium oral capsule 750 mg (Colazal)	2	
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	4	NDS
budesonide rectal foam 2 mg (Uceris)	2	
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml (Cortenema)	2	
mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm (Apriso)	4	NDS
mesalamine er oral capsule extended release 500 mg (Pentasa)	2	MO
mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm (Lialda)	4	NDS; QL (120 EA per 30 days)
sulfasalazine oral tablet 500 mg (Azulfidine)	1	MO
sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg (Azulfidine EN-tabs)	4	NDS
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml	4	NDS; QL (300 ML per 28 days)
alendronate sodium oral tablet 10 mg	1	MO; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg</i>	1	MO; QL (4 EA per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	MO; QL (4 EA per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	2	MO
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	1	MO
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	5	NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	1	MO; QL (1 EA per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	5	PA; NDS; QL (2 EA per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	4	NDS
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	4	NDS
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	4	NDS; QL (1 ML per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	5	PA; NDS; QL (2.48 ML per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	5	PA; NDS; QL (1.56 ML per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	5	PA; NDS
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO		
<i>Agentes De Trastorno De Sueño</i>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	2	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	2	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	2	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	5	PA; NDS; QL (540 ML per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i> (Ambien CR)	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	QL (30 EA per 30 days)
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 25 mg, 30 mg</i> (Adderall XR)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Adderall)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (120 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	5	PA; NDS; QL (210 EA per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG, 6 & 12 & 24 MG	5	PA; NDS
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML	5	PA; NDS; QL (1 EA per 28 days)
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML	5	PA; NDS; QL (1 EA per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NDS; QL (15 EA per 30 days)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i> (Ampyra)	2	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i> (Tecfidera)	5	PA; NDS; QL (14 EA per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i> (Tecfidera)	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 & 240 mg</i> (Tecfidera)	5	PA; NDS
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i> (Gilenya)	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i> (Glatopa)	5	PA; NDS; QL (30 ML per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i> (Glatopa)	5	PA; NDS; QL (12 ML per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i> (Glatopa)	5	PA; NDS; QL (30 ML per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i> (Glatopa)	5	PA; NDS; QL (12 ML per 28 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Intuniv)	2	MO
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	5	PA; NDS
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	5	PA; NDS; QL (1.2 ML per 28 days)
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	1	MO
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>	1	MO
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
LITHIUM CARBONATE ORAL CAPSULE 600 MG	1	MO
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	2	MO
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	5	PA; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NDS; QL (112 EA per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG	5	PA; NDS
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG	3	PA
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i> (Methylin)	2	MO; QL (900 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	2	MO; QL (90 EA per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/10ML	5	PA; NDS; QL (20 ML per 180 days)
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION 920-23000 MG-UT/23ML	5	PA; NDS; QL (23 ML per 180 days)
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 63 & 94 MCG/0.5ML	5	PA; NDS
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 63 & 94 MCG/0.5ML	5	PA; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MCG/0.5ML	5	PA; NDS; QL (1 ML per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MCG/0.5ML	5	PA; NDS; QL (1 ML per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	2	MO
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	3	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i> (Xenazine)	5	PA; NDS; QL (112 EA per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG	5	PA; NDS; QL (120 EA per 30 days)
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO		
<i>Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros</i>		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	2	PA BvD
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG	5	NDS; QL (560 EA per 28 days)
BRONCHITOL TOLERANCE TEST CAPSULE 40 MG INHALATION	5	NDS; QL (560 EA per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML	5	PA; NDS
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	2	PA BvD; MO
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 ML per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 ML per 28 days)
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (56 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (56 EA per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NDS; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NDS; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML	5	PA; NDS; QL (0.4 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	5	PA; NDS; QL (3 EA per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NDS; QL (112 EA per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	2	MO; QL (28 EA per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG	5	PA; NDS; QL (1 EA per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	5	PA; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	5	PA; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR HFA INHALATION (fluticasone-salmeterol) AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230- 21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	3	MO; QL (12 GM per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	3	QL (32.1 GM per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION (fluticasone furoate- vilanterol) AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50-25 MCG/INH	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>breynd inhalation aerosol 160-4.5 (Breyna) mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	1	MO; QL (30.9 GM per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension (Pulmicort) 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	2	PA BvD; MO; QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate (Breyna) inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	1	MO; QL (30.6 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act</i>	1	MO; QL (12 GM per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act</i>	1	MO; QL (24 GM per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act	1	MO; QL (21.2 GM per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act (Wixela Inhub)	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act (Wixela Inhub)	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
Antileucotrinos		
montelukast sodium oral tablet 10 mg (Singulair)	1	MO
montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg (Singulair)	1	MO
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg (Accolate)	4	NDS
Broncodilatadores		
AIRSUPRA AEROSOL 90-80 MCG/ACT INHALATION	3	QL (32.1 GM per 30 days)
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (Ventolin HFA)	2	MO; QL (17 GM per 30 days)
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503) (Ventolin HFA)	2	MO; QL (13.4 GM per 30 days)
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983) (Ventolin HFA)	2	MO; QL (36 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml	1	PA BvD; MO
ALBUTEROL SULFATE INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 2.5 MG/0.5ML	1	PA BvD; MO
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT (umeclidinium-vilanterol)	3	MO; QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	4	NDS; QL (25.8 GM per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT	3	MO; QL (10.7 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	3	MO; QL (8 GM per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA BvD; MO
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	1	PA BvD; MO; QL (540 ML per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT	3	MO; QL (4 GM per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT	3	MO; QL (4 GM per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5 MCG/ACT	3	MO; QL (4 GM per 28 days)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	4	NDS
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	2	MO
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	2	MO
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i> (Spiriva HandiHaler)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

05/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
AGENTES DENTALES Y ORALES		
Agentes Dentales Y Orales		
cevimeline hcl oral capsule 30 mg (Evoxac)	2	MO
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 % (Periogard)	1	
denta 5000 plus dental cream 1.1 % (Denta 5000 Plus)	1	MO
dentagel dental gel 1.1 %	1	MO
periogard mouth/throat solution 0.12 % (Periogard)	1	
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg (Salagen)	2	MO
sf 5000 plus dental cream 1.1 % (Denta 5000 Plus)	1	MO
SODIUM FLUORIDE 5000 SENSITIVE DENTAL GEL 1.1-5 %	1	
sodium fluoride mouth/throat solution 0.2 % (PreviDent)	1	MO
triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 % (Kourzeq)	2	
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
ala-cort external cream 1 % (Aveeno Anti-Itch Max St)	1	
betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %	1	
betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %	2	
betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>betamethasone dipropionate aug</i> (Diprolene) <i>external ointment 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate external</i> <i>cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate external</i> <i>lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate external</i> <i>ointment 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dp aug 0.05% gel</i>	2	
<i>betamethasone valerate external</i> <i>cream 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate external</i> <i>lotion 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate external</i> <i>ointment 0.1 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate e external</i> <i>cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol propionate emulsion</i> (Tovet) <i>external foam 0.05 %</i>	4	NDS
<i>clobetasol propionate external cream</i> <i>0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol propionate external gel</i> <i>0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol propionate external lotion</i> (Clobex) <i>0.05 %</i>	4	NDS
<i>clobetasol propionate external</i> <i>ointment 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol propionate external</i> (Clobex) <i>shampoo 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol propionate external</i> <i>solution 0.05 %</i>	2	
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	3	
<i>fluocinolone acetonide external</i> <i>cream 0.01 %</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide external</i> (Synalar) <i>cream 0.025 %</i>	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i> (Vanos)	2	
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	2	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	1	
<i>hydrocortisone cream 2.5 % external</i>	1	
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i> (Aveeno Anti-Itch Max St)	1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i> (Aquaphor Itch Relief Children)	1	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	2	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i> (Elidel)	4	NDS; QL (100 GM per 30 days)
<i>procto-med hc external cream 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	2	
<i>procto-pak external cream 1 %</i>	2	
<i>proctosol hc external cream 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>proctozone-hc external cream 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	2	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	2	QL (100 GM per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.5 %</i> (Triderm)	1	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>acyclovir external ointment 5 %</i> (Zovirax)	4	NDS; QL (30 GM per 30 days)
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i> (AL12)	1	
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i> (Calcitrene)	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	2	QL (120 ML per 30 days)
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	2	
<i>fluorouracil external solution 2 %</i>	2	
<i>fluorouracil external solution 5 %</i>	4	NDS
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	2	QL (24 EA per 30 days)
KLISYRI (250 MG) EXTERNAL OINTMENT 1 %	3	QL (5 EA per 5 days)
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	5	NDS
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	5	NDS; QL (60 GM per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	2	
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	4	NDS; QL (180 GM per 30 days)
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	5	PA NSO; NDS
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %</i>	4	NDS
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	1	QL (180 ML per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external swab</i> (Clindacin ETZ) 1 %	1	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	2	
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	2	QL (90 GM per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	2	QL (120 GM per 30 days)
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i> (MetroCream)	2	
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	2	
<i>metronidazole external gel 1 %</i> (Metrogel)	4	NDS
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	1	QL (220 GM per 30 days)
<i>neuac external gel 1.2-5 %</i>	1	
<i>rosadan external cream 0.75 %</i> (MetroCream)	2	
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i> (SSD)	1	
<i>ssd external cream 1 %</i> (SSD)	4	NDS
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i> (Ovide)	4	NDS
<i>permethrin external cream 5 %</i> (Elimite)	2	QL (60 GM per 30 days)
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene external cream 0.1 %</i> (Differin)	4	NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ALTRENO EXTERNAL LOTION 0.05 %	4	PA; NDS
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i> (Tazorac)	2	
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	2	PA
AGENTES GASTROINTESTINALES		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack 500 & 500 & 30 mg</i>	4	NDS
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>	2	MO
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i> (GoodSense Esomeprazole)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i> (NexIUM)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 10 mg, 20 mg</i> (NexIUM)	4	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 40 mg</i> (NexIUM)	4	ST; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (MM Acid-Pep Maximum Strength)	1	MO
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	MO
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i> (Prevacid 24HR)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i> (Prevacid)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	2	MO
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i> (Protonix)	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 40 mg</i> (Protonix)	1	MO; QL (60 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i> (Aciphex)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i> (Carafate)	1	MO
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i> (Carbaglu)	5	PA; NDS
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i> (Gastrocrom)	2	MO
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	2	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	1	PA; PA-HRM
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>kionex combination suspension 15 gm/60ml</i>	2	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	3	MO
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i> (Imodium A-D)	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i> <i>combination suspension 15 gm/60ml</i>	2	
URSODIOL ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	5	NDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	MO
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	2	MO
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (Urso Forte)	2	MO
VELTASSA ORAL PACKET 1 GM, 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	3	MO
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NDS; QL (84 EA per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	2	
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i> (Calphron)	2	
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm, 2.4 gm</i> (Renvela)	2	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	2	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/160ML, 10-3.5-12 MG-GM -GM/175ML	3	
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	1	
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i> (GaviLyte-G)	1	
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i> (GaviLyte-N with Flavor Pack)	2	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	3	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm (GaviLyte-N with Flavor Pack)	1	
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm (GaviLyte-G)	1	
SUTAB ORAL TABLET 1479-225-188 MG	3	
AGENTES GENITOURINARIOS		
Agentes Genitourinarios, Varios		
alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg (Uroxatral)	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
dutasteride oral capsule 0.5 mg (Avodart)	1	MO
finasteride oral tablet 5 mg (Proscar)	1	MO
tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg	1	MO
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	1	MO
Antiespasmódicos, Urinario		
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	2	
fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg (Toviaz)	2	MO
flavoxate hcl oral tablet 100 mg	2	MO
mirabegron er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg (Myrbetriq)	2	MO
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg	1	MO
oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml	1	MO
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	1	MO
solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg (VESIcare)	1	MO
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg	2	MO
tolterodine tartrate oral tablet 1 mg	2	MO
tolterodine tartrate oral tablet 2 mg (Detrol)	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>tropium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	4	NDS
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	2	MO
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Euthyrox)	1	MO
<i>levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	MO
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	2	MO
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	MO
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i> (Depo-Testosterone)	1	PA; MO
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	2	PA; MO; QL (5 ML per 28 days)
<i>testosterone gel 1.62 % transdermal</i> (AndroGel Pump)	4	PA; NDS; QL (150 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</i> (Vogelxo Pump)	4	PA; NDS; QL (300 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i> (AndroGel Pump)	4	PA; NDS; QL (150 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>	4	PA; NDS; QL (300 GM per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5gm (1%)</i> (Testim)	4	PA; NDS; QL (300 GM per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5ML, 50 MG/0.5ML, 75 MG/0.5ML	3	PA; MO; QL (2 ML per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	3	PA; MO; PA-HRM
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Estrace)	1	PA; MO; PA-HRM
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i> (Alora)	2	PA; MO; PA-HRM; QL (8 EA per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr</i> (Dotti)	2	PA; MO; PA-HRM; QL (8 EA per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i> (Climara)	2	PA; MO; PA-HRM; QL (4 EA per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i> (Estrace)	2	MO
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	4	NDS; QL (18 EA per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	2	PA; MO; PA-HRM
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i> (Mimvey)	2	PA; MO; PA-HRM
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (Mimvey)	2	PA; MO; PA-HRM
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	3	PA; MO; PA-HRM
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM	3	MO
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625-5 MG	3	PA; MO; PA-HRM

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	PA; MO; PA-HRM
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i> (Evista)	2	MO
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	4	NDS; QL (18 EA per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml</i>	1	HI
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 120 mg/30ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	1	MO
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i> (Medrol)	1	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg/5ml</i> (Pediapred)	2	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate solution 15 mg/5ml oral</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	2	PA BvD

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog-40)	1	
Pituitario		
ACTHAR GEL PEN-INJECTOR 40 UNIT/0.5ML SUBCUTANEOUS	5	PA; NDS; QL (15 ML per 30 days)
ACTHAR GEL PEN-INJECTOR 80 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	5	PA; NDS; QL (30 ML per 30 days)
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 40 UNIT/0.5ML	5	PA; NDS; QL (15 ML per 30 days)
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (30 ML per 30 days)
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (35 ML per 28 days)
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	2	MO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	2	MO
<i>desmopressin acetate spray solution 0.01 % nasal</i>	2	MO
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	5	PA; NDS
LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.5 ML per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 30 MG	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	5	PA; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
NORDITROPIN FLEXP SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 30 MG/3ML, 5 MG/1.5ML	5	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution</i> (SandoSTATIN) <i>100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	4	NDS
<i>octreotide acetate injection solution</i> <i>1000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	4	NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NDS; QL (56 EA per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	5	PA; NDS; QL (60 ML per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/0.2ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.2 ML per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 90 MG/0.3ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.3 ML per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NDS
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	3	QL (0.65 ML per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i> (Gallifrey)	2	MO
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (Depo-Provera) <i>intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	1	QL (1 ML per 84 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (Depo-Provera) <i>intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	1	QL (1 ML per 84 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	MO
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	2	PA; PA-HRM
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	2	PA; MO; PA-HRM
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Gallifrey)	2	MO
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	2	MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	5	PA; NDS
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML	5	PA; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	5	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	5	PA; NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG	4	PA BvD; NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG	5	PA BvD; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	2	PA BvD; MO
<i>azathioprine sodium injection solution reconstituted 100 mg</i>	1	PA BvD

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 ML per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 ML per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (2 ML per 28 days)
CIMZIA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG/ML	5	PA; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG	5	PA; NDS
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	5	PA; NDS
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	5	PA; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i> (SandIMMUNE)	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Gengraf)	2	PA BvD; MO
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>	2	PA BvD; MO
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i> (Gengraf)	2	PA BvD; MO
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (SandIMMUNE)	2	PA BvD; MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
CYLTEZO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	(adalimumab-adbm (2 pen)) 5	PA; NDS
CYLTEZO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	(adalimumab-adbm (2 syringe)) 5	PA; NDS
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	(adalimumab-adbm (2 pen)) 5	PA; NDS
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	(adalimumab-adbm (2 pen)) 5	PA; NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	5	PA; NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	5	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	5	PA; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	5	PA; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i> (Zortress)	5	PA BvD; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML	5	PA BvD; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Gengraf)	2	PA BvD; MO
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (Gengraf)	2	PA BvD; MO
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	5	PA; NDS
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>infliximab intravenous solution</i> (Remicade) <i>reconstituted 100 mg</i>	5	PA; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	5	PA; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	2	MO
<i>mycophenolate mofetil hcl</i> (CellCept Intravenous) <i>intravenous solution reconstituted</i> <i>500 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i> (CellCept) <i>250 mg</i>	2	PA BvD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (CellCept) <i>suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i> (CellCept) <i>500 mg</i>	2	PA BvD; MO
<i>mycophenolate sodium oral tablet</i> (Myfortic) <i>delayed release 180 mg, 360 mg</i>	4	PA BvD; NDS
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 22 MG/0.44ML, 9 MG/0.18ML	5	PA NSO; NDS
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	5	PA BvD; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NDS
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	5	PA; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4ML, 87.5 MG/0.7ML	5	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	5	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG	5	PA; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA BvD; NDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD; NDS
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 15 MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25 MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML, 7.5 MG/0.15ML	4	ST; NDS
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS; QL (360 ML per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	PA BvD; MO
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML	5	PA; NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	5	PA; NDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
STELARA INTRAVENOUS (ustekinumab) SOLUTION 130 MG/26ML	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS (ustekinumab) SOLUTION 45 MG/0.5ML	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS (ustekinumab) SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	5	PA; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	2	PA BvD; MO
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA; NDS; QL (180 EA per 30 days)
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	5	PA; NDS
TREMFYA ONE-PRESS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML SUBCUTANEOUS	5	PA; NDS
TREMFYA PEN SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML SUBCUTANEOUS	5	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML, 200 MG/2ML	5	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2ML	5	PA; NDS
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML	5	PA; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	5	PA; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	5	PA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	5	PA; NDS
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	5	PA; NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	5	PA; NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	5	PA; NDS
YUFLYMA (1 PEN) (adalimumab-aaty (1 SUBCUTANEOUS AUTO- pen)) INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 80 MG/0.8ML	5	PA; NDS
YUFLYMA (2 SYRINGE) (adalimumab-aaty (2 SUBCUTANEOUS PREFILLED syringe)) SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML	5	PA; NDS
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER (adalimumab-aaty (1 SUBCUTANEOUS AUTO- pen)) INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	5	PA; NDS
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	3	\$0 copay
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	3	\$0 copay
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	3	\$0 copay
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	3	\$0 copay

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0 copay
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF- MCG/0.5	3	\$0 copay
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	3	\$0 copay
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	3	
DENG VAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	QL (3 EA per 365 days)
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-5 LFU/0.5ML	3	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	3	PA BvD; \$0 copay
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0 copay
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0 copay
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML	3	\$0 copay
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720 EL U/0.5ML	3	
HAVRIX SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720 EL U/0.5ML INTRAMUSCULAR	3	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	3	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	3	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	3	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	3	
IPOLE INJECTION INJECTABLE	3	\$0 copay
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0 copay
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0 copay
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	3	\$0 copay
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	3	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	\$0 copay
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	\$0 copay
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0 copay
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0 copay
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	3	\$0 copay
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	3	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	\$0 copay
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	3	PA BvD; \$0 copay

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	\$0 copay
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	3	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	3	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	3	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION	3	
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	3	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	3	\$0 copay; QL (2 EA per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	3	\$0 copay
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	3	\$0 copay
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 2.4 MCG/0.5ML	3	\$0 copay

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0 copay
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	3	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	3	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	3	\$0 copay
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML	3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	3	\$0 copay
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML	3	\$0 copay
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	\$0 copay
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML	3	\$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	\$0 copay
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	3	\$0 copay
AGENTES OFTÁLMICOS		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	2	MO
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	MO
<i>acetazolamide sodium injection solution reconstituted 500 mg</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>	4	NDS; QL (2.5 ML per 25 days)
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %, 0.15 %</i> (Alphagan P)	2	MO
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>	2	MO
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i> (Combigan)	4	NDS
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i> (Azopt)	2	MO
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i> (Cosopt)	1	MO
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i> (Xalatan)	1	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	3	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	4	NDS
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	MO
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	3	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	3	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	3	MO
<i>tafluprost (pf) ophthalmic solution 0.0015 %</i> (Zioptan)	4	NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>timolol hemihydrate ophthalmic solution 0.5 %</i> (Betimol)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>timolol maleate ophthalmic solution</i> 0.25 %, 0.5 %	1	MO
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution</i> 0.004 % (Travatan Z)	4	NDS; QL (2.5 ML per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	4	NDS; QL (5 ML per 30 days)
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic solution</i> 2 %	1	
<i>bacitracin ophthalmic ointment</i> 500 unit/gm	2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment</i> 500-10000 unit/gm (Polycin)	1	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment</i> 1 % (Neo-Polycin HC)	2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution</i> 0.3 %	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension</i> 0.3-0.1 %	2	QL (7.5 ML per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic ointment</i> 5 mg/gm	1	QL (3.5 GM per 4 days)
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution</i> 0.3 %	2	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution</i> 1-2 %	2	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution</i> 0.5 % (Vigamox)	2	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	4	NDS
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment</i> 5-400-10000 (Neo-Polycin)	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment</i> 3.5-10000-0.1 (Maxitrol)	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
neomycin-polymyxin-dexameth (Maxitrol) ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	1	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025	2	
neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %	2	
neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1	2	
neo-polycin hc ophthalmic ointment 1 (Neo-Polycin HC) %	2	
neo-polycin ophthalmic ointment 3.5- (Neo-Polycin) 400-10000	2	
ofloxacin ophthalmic solution 0.3 % (Ocuflox)	1	
ofloxacin otic solution 0.3 %	2	
polycin ophthalmic ointment 500- (Polycin) 10000 unit/gm	1	
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%	1	
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %	2	
sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %	2	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %	1	
tobramycin ophthalmic solution 0.3 %	1	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %	2	
trifluridine ophthalmic solution 1 %	2	
XDEM VY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	5	PA; NDS; QL (10 ML per 42 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	4	NDS
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	3	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>alrex ophthalmic suspension 0.2 %</i> (Alrex)	3	ST
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	4	NDS
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %</i> (Prolensa)	2	
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.075 %</i> (BromSite)	2	
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i> (Restasis)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i> (Durezol)	4	NDS
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	3	QL (8.3 ML per 14 days)
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	4	NDS; QL (50 ML per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i> (DermOtic)	2	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i> (FML Liquifilm)	4	NDS
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i> (Flonase Allergy Rel Childrens)	1	QL (16 GM per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	3	
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %	3	QL (5.6 ML per 14 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i> (Acular)	1	QL (10 ML per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	3	QL (3.5 GM per 14 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %	3	QL (5 GM per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel</i> (Lotemax) 0.5 %	4	NDS; QL (10 GM per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension</i> 0.2 % (Alrex)	2	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension</i> 0.5 % (Lotemax)	4	NDS; QL (15 ML per 19 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension</i> 50 mcg/act (Nasonex 24HR)	4	NDS; QL (34 GM per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension</i> 1 % (Pred Forte)	4	NDS
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution</i> 1 %	2	MO
<i>azelastine hcl nasal solution</i> 0.1 %	1	QL (60 ML per 30 days)
<i>azelastine hcl nasal solution</i> 0.15 % (Astepro)	1	QL (30 ML per 25 days)
<i>azelastine hcl ophthalmic solution</i> 0.05 %	2	
<i>azelastine hcl solution</i> 137 mcg/spray nasal	1	QL (60 ML per 30 days)
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution</i> 4 %	1	
<i>epinastine hcl ophthalmic solution</i> 0.05 %	4	NDS
<i>ipratropium bromide nasal solution</i> 0.03 %	2	MO; QL (30 ML per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution</i> 0.06 %	2	MO; QL (15 ML per 10 days)
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution</i> 0.1 %, 0.2 % (Pataday)	1	
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
Agentes Terapeuticos		
Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	5	PA; NDS
<i>betaine oral powder</i> (Cystadane)	5	PA; NDS
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 125 MG/5ML	5	PA; NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	2	MO
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	3	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	3	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	3	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i> (Endari)	5	PA; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>mesna oral tablet 400 mg</i> (Mesnex)	5	NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i> (Rectiv)	2	QL (30 GM per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	2	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 EA per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	4	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	5	PA; NDS; QL (12 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6ML	3	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.6 MG/0.6ML	3	
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 EA per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	2	PA; MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Viagra)	2	EX; QL (6 EA per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	2	PA; MO; QL (360 EA per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA; MO
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (Cialis)	2	PA; MO
UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1800 MCG	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NDS; QL (240 EA per 30 days)
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	5	PA; NDS
ANALGÉSICOS		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (CeleBREX)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	2	MO
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i> (Aspercreme Arthritis Pain)	1	QL (1000 GM per 30 days)
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	2	QL (300 ML per 30 days)
<i>diclofenac sodium external solution 2 %</i> (Pennsaid)	5	PA; NDS; QL (224 GM per 28 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg</i>	1	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg</i>	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i> (Arthrotec)	2	MO
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	MO
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	2	MO
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	2	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	MO
FLURBIPROFEN ORAL TABLET 50 MG	1	MO
<i>ibu oral tablet 400 mg</i> (IBU)	1	MO; QL (240 EA per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i> (IBU)	1	MO; QL (240 EA per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	MO
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	PA; MO; PA-HRM

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	1	PA; PA-HRM; QL (20 EA per 30 days)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	MO
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	1	MO
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	MO
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	1	QL (4500 ML per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	QL (360 EA per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	QL (180 EA per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i> (Butrans)	2	QL (4 EA per 28 days)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	2	PA; PA-HRM; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg</i> (Fioricet)	4	PA; NDS; PA-HRM; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	4	PA; NDS; PA-HRM; QL (180 EA per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i> (BAC (Butalbital-Acetamin-Caff))	1	PA; PA-HRM; QL (180 EA per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	2	QL (360 EA per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	2	QL (240 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	2	PA; QL (120 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour</i> 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	2	QL (10 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral</i> <i>solution 10-325 mg/15ml, 7.5-325</i> <i>mg/15ml</i>	2	QL (2700 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral</i> <i>tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral</i> <i>tablet 5-325 mg</i>	1	QL (240 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg,</i> (Dilaudid) <i>4 mg</i>	1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i> (Dilaudid)	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral</i> <i>solution 100 mg/5ml</i>	1	PA; QL (180 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet</i> <i>extended release 100 mg, 200 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet</i> (MS Contin) <i>extended release 15 mg, 30 mg</i>	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet</i> (MS Contin) <i>extended release 60 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	1	QL (700 ML per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 20 MG/5ML	1	QL (300 ML per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG	4	NDS; QL (180 EA per 30 days)
MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 30 MG	4	NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 5</i> <i>mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg, 30</i> (Roxicodone) <i>mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 20 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet</i> (Endocet) 10-325 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet</i> (Endocet) 2.5-325 mg, 5-325 mg	2	QL (360 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet</i> (Endocet) 7.5-325 mg	2	QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet</i> 50 mg	1	QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet</i> 37.5-325 mg	1	QL (300 EA per 30 days)

ANESTÉSICOS

Anestesia Local

<i>glydo external prefilled syringe</i> 2 % (Glydo)	1	QL (30 ML per 30 days)
<i>lidocaine external ointment</i> 5 %	2	PA; QL (240 GM per 30 days)
<i>lidocaine external patch</i> 5 % (Lidocan)	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe</i> 2 % (Glydo)	1	QL (30 ML per 30 days)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution</i> 2 %	1	
<i>lidocaine-prilocaine external cream</i> 2.5-2.5 %	1	PA; QL (30 GM per 30 days)
<i>lidocan external patch</i> 5 % (Lidocan)	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
ZTLIDO EXTERNAL PATCH 1.8 %	3	PA; QL (90 EA per 30 days)

ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS

Antagonistas De Metales Pesados

<i>deferasirox granules oral packet</i> 180 mg, 360 mg, 90 mg (Jadenu Sprinkle)	5	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet</i> 180 mg, 360 mg, 90 mg (Jadenu)	2	PA; MO
<i>penicillamine oral tablet</i> 250 mg (Depen Titratabs)	5	PA; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

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

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>clindamycin phosphate injection</i> (Cleocin Phosphate) <i>solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	2	HI
<i>colistimethate sodium (cba) injection</i> (Coly-Mycin M) <i>solution reconstituted 150 mg</i>	5	HI; NDS
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG	5	HI; NDS
<i>daptomycin intravenous solution</i> <i>reconstituted 500 mg</i>	5	HI; NDS
<i>linezolid intravenous solution 600</i> (Zyvox) <i>mg/300ml</i>	2	HI
<i>linezolid oral suspension</i> (Zyvox) <i>reconstituted 100 mg/5ml</i>	5	NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	2	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1</i> (Hiprex) <i>gm</i>	2	
<i>metronidazole intravenous solution</i> <i>500 mg/100ml</i>	1	HI
<i>metronidazole oral tablet 250 mg,</i> <i>500 mg</i>	1	
<i>metronidazole solution 500</i> <i>mg/100ml intravenous</i>	1	HI
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral</i> (Macrochantin) <i>capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral</i> (Macrobid) <i>capsule 100 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin hcl intravenous solution</i> <i>reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500</i> <i>mg, 750 mg</i>	2	
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.25 GM	2	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	2	QL (56 EA per 14 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	2	QL (112 EA per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	3	PA; QL (9 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
Antibióticos B-Lactam		
Misceláneos		
<i>aztreonam injection solution</i> (Azactam) <i>reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	2	HI
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	5	PA; NDS
<i>ertapenem sodium injection solution</i> <i>reconstituted 1 gm</i>	2	HI
<i>imipenem-cilastatin intravenous</i> <i>solution reconstituted 250 mg</i>	2	HI
<i>imipenem-cilastatin intravenous</i> (Primaxin IV) <i>solution reconstituted 500 mg</i>	2	HI
<i>meropenem intravenous solution</i> <i>reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	2	HI
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500</i> <i>mg</i>	2	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension</i> <i>reconstituted 250 mg/5ml, 500</i> <i>mg/5ml</i>	2	
<i>cefazolin sodium injection solution</i> <i>reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	2	HI
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefedinir oral suspension reconstituted</i> <i>125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	
<i>cefepime hcl injection solution</i> <i>reconstituted 1 gm</i>	2	HI
<i>cefepime hcl intravenous solution</i> <i>reconstituted 2 gm</i>	2	HI
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	4	NDS
<i>cefloxitin sodium intravenous solution</i> <i>reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	2	HI

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>cefepodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	4	NDS
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm</i> (Tazicef)	2	HI
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 6 gm</i>	2	HI
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i> (Tazicef)	2	HI
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	2	HI
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	2	HI
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	2	HI
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	2	HI
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>tazicef injection solution reconstituted 1 gm</i> (Tazicef)	2	HI
<i>tazicef intravenous solution reconstituted 2 gm</i> (Tazicef)	2	HI
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 6 GM	2	HI
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	5	HI; NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i> (Zithromax)	2	HI

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
azithromycin oral suspension (Zithromax) reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	2	
azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)	1	
azithromycin oral tablet 600 mg	1	
clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	2	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	NDS; QL (20 EA per 10 days)
erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg	4	NDS
erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml (E.E.S. Granules)	4	NDS
erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 400 mg/5ml (EryPed 400)	4	NDS
Penicilinas		
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml	1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	1	
amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml	2	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml (Augmentin ES-600)	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	4	NDS
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>	2	HI
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	2	HI
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i> (Unasyn)	2	HI
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i> (Unasyn)	2	HI
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	4	NDS
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 1200000 UNIT, 2400000 UNIT	4	NDS
LENTOCILIN INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 1200000 UNIT	4	NDS
<i>nafticillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	2	HI
<i>nafticillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	2	HI
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i> (Pfizerpen)	2	HI
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	1	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm	2	HI
Quinolonas		
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg (Cipro)	1	
ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg	1	
ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml	2	HI
levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml	2	HI
levofloxacin oral solution 25 mg/ml	4	NDS
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	
MOXIFLOXACIN HCL IN NA CL INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/250ML	2	HI
moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg	2	
MOXIFLOXACIN HCL SOLUTION 400 MG/250ML INTRAVENOUS	2	HI
Sulfonamidas		
sulfadiazine oral tablet 500 mg	2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml (Sulfatrim Pediatric)	2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg (Bactrim)	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg (Bactrim DS)	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
Tetraciclinas		
demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg	4	NDS
doxy 100 intravenous solution (Doxy 100) reconstituted 100 mg	2	HI
doxycycline hyclate intravenous (Doxy 100) solution reconstituted 100 mg	2	HI
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	2	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 150 mg, 20 mg, 75 mg	2	
doxycycline hyclate oral tablet 50 mg (TargaDOX)	2	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg (Mondoxine NL)	1	
doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg, 75 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg	1	
doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg	2	
minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	1	
tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg	4	NDS
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	5	HI; NDS
ANTICONCEPTIVOS		
Anticonceptivos		
afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg (Afirmelle)	1	MO
altavera oral tablet 0.15-30 mg-mcg (Altavera)	1	MO
alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg (Dasetta 1/35 (28))	1	MO
alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg (Dasetta 7/7/7)	1	MO
amethyst oral tablet 90-20 mcg (Amethyst)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>apri oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Apri)	1	MO
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>aurovela 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aurovela 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>aurovela fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela Fe 1.5/30)	1	MO
<i>aurovela fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela FE 1/20)	1	MO
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>ayuna oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Altavera)	1	MO
<i>azurette oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i> (Azurette)	2	MO
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>blisovi fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela Fe 1.5/30)	1	MO
<i>blisovi fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela FE 1/20)	1	MO
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>chateal eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Altavera)	1	MO
<i>cryselle-28 oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>cyclafem 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 1/35 (28))	2	MO
<i>cyclafem 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 7/7/7)	1	MO
<i>cyred eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Apri)	1	MO
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 1/35 (28))	1	MO
<i>dasetta 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 7/7/7)	1	MO
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>delyla oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i> (Azurette)	2	MO
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Apri)	1	MO
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg</i> (Amethyst)	1	MO
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i> (EluRyng)	2	MO; QL (1 EA per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Apri)	1	MO
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i> (EluRyng)	4	NDS; QL (1 EA per 28 days)
<i>enpresse-28 oral tablet 50-30/75-40/125-30 mcg</i> (Enpresse-28)	1	MO
<i>enskyce oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Apri)	1	MO
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Kelnor 1/35)	1	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i> (Kelnor 1/50)	1	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i> (EluRyng)	2	MO; QL (1 EA per 28 days)
<i>falmina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>feirza 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela Fe 1.5/30)	1	MO
<i>feirza 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela FE 1/20)	1	MO
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	MO
<i>hailey 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>hailey fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela Fe 1.5/30)	1	MO
<i>hailey fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela FE 1/20)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i> (EluRyng)	2	MO; QL (1 EA per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>iclevia oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Iclevia)	1	MO; QL (91 EA per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>introvale oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Iclevia)	1	MO; QL (91 EA per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Apri)	1	MO
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>jolessa oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Iclevia)	1	MO; QL (91 EA per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Apri)	1	MO
<i>junel 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	MO
<i>junel 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	MO
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela Fe 1.5/30)	1	MO
<i>junel fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela FE 1/20)	1	MO
<i>junel fe 24 oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>kariva oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i> (Azurette)	2	MO
<i>kelnor 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Kelnor 1/35)	1	MO
<i>kelnor 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg</i> (Kelnor 1/50)	1	MO
<i>kurvelo oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Altavera)	1	MO
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG	4	NDS
<i>larin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	MO
<i>larin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	MO
<i>larin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela Fe 1.5/30)	1	MO
<i>larin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela FE 1/20)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>levonest oral tablet 50-30/75-40/125-30 mcg</i> (Enpresse-28)	1	MO
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Iclevia)	1	MO; QL (91 EA per 84 days)
<i>levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet 0.1-20 mg-mcg(21)</i> (Balcoltra)	1	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Altavera)	1	MO
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg</i> (Amethyst)	1	MO
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i> (Enpresse-28)	1	MO
<i>levora 0.15/30 (28) oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Altavera)	1	MO
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	3	
<i>lillow oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Altavera)	1	MO
<i>low-ogestrel oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>luteria oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Altavera)	1	MO
<i>microgestin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	MO
<i>microgestin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	MO
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>microgestin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela Fe 1.5/30)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>microgestin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela FE 1/20)	1	MO
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	MO
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/DAY	4	NDS
<i>mono-lynh oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	MO
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG	3	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i> (Xulane)	2	MO; QL (3 EA per 28 days)
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela Fe 1.5/30)	1	MO
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela FE 1/20)	1	MO
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i> (Tilia Fe)	1	MO
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	MO
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (Tri-Lo-Estarylla)	1	MO
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i> (Tri Femynor)	1	MO
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>norlyroc oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 1/35 (28))	1	MO
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 1/35 (28))	1	MO
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 7/7/7)	1	MO
<i>nylia 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 1/35 (28))	1	MO
<i>nylia 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 7/7/7)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	MO
<i>pimtrea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg</i> (Azurette) (21/5)	2	MO
<i>pirmella 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 1/35 (28))	1	MO
<i>pirmella 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 7/7/7)	1	MO
<i>portia-28 oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Altavera)	1	MO
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	MO
<i>reclipsen oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Apri)	1	MO
<i>setlakin oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Iclevia)	1	MO; QL (91 EA per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	MO
<i>simliya oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg</i> (Azurette) (21/5)	2	MO
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG	4	NDS
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	MO
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>tarina 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (24)	1	MO
<i>tarina fe 1/20 eq oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela FE 1/20)	1	MO
<i>tilia fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i> (Tilia Fe)	1	MO
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i> (Tri Femynor)	1	MO
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i> (Tri Femynor)	1	MO
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i> (Tilia Fe)	1	MO
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i> (Tri Femynor)	1	MO
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (Tri-Lo-Estarylla)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>tri-lo-marzia oral tablet</i> (Tri-Lo-Estarylla) 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	1	MO
<i>tri-lo-mili oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 (Tri-Lo-Estarylla) mg-25 mcg	1	MO
<i>tri-lo-sprintec oral tablet</i> (Tri-Lo-Estarylla) 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	1	MO
<i>tri-mili oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 (Tri Femynor) mg-35 mcg	1	MO
<i>tri-nymyo oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 (Tri Femynor) mg-35 mcg	1	MO
<i>tri-previfem oral tablet</i> (Tri Femynor) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	1	MO
<i>tri-sprintec oral tablet</i> (Tri Femynor) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	1	MO
<i>trivora (28) oral tablet</i> 50-30/75-40/ (Enpresse-28) 125-30 mcg	1	MO
<i>tri-vylibra lo oral tablet</i> (Tri-Lo-Estarylla) 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	1	MO
<i>tri-vylibra oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 (Tri Femynor) mg-35 mcg	1	MO
<i>turqoz oral tablet</i> 0.3-30 mg-mcg	1	MO
<i>valtya 1/50 oral tablet</i> 1-50 mg-mcg (Kelnor 1/50)	1	MO
<i>vienva oral tablet</i> 0.1-20 mg-mcg (Afirmelle)	1	MO
<i>viorele oral tablet</i> 0.15-0.02/0.01 mg (Azurette) (21/5)	2	MO
<i>volnea oral tablet</i> 0.15-0.02/0.01 mg (Azurette) (21/5)	2	MO
<i>vylibra oral tablet</i> 0.25-35 mg-mcg (Estarylla)	1	MO
<i>xarah fe oral tablet</i> 1-20/1-30/1-35 (Tilia Fe) mg-mcg	1	MO
<i>xulane transdermal patch weekly</i> (Xulane) 150-35 mcg/24hr	2	MO; QL (3 EA per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly</i> (Xulane) 150-35 mcg/24hr	2	MO; QL (3 EA per 28 days)
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet</i> 1-35 mg-mcg (Kelnor 1/35)	1	MO

ANTICONVULSIVOS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
Anticonvulsivos		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5	ST; NDS; QL (60 EA per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	3	QL (80 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	MO; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
carbamazepine er oral capsule (Carbatrol) extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	2	MO
carbamazepine er oral tablet (TEGretol-XR) extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg	2	MO
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml (TEGretol)	2	MO
carbamazepine oral tablet 200 mg (Epitol)	2	MO
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg	2	MO
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml (Onfi)	2	MO; QL (480 ML per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg (Onfi)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg	4	NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>divalproex sodium er oral tablet</i> (Depakote ER) <i>extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	2	MO
<i>divalproex sodium oral capsule</i> (Depakote Sprinkles) <i>delayed release sprinkle 125 mg</i>	2	MO
<i>divalproex sodium oral tablet</i> (Depakote) <i>delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	MO
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (Epitol)	2	MO
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	4	ST; NDS
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	2	MO
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i> (Zarontin)	2	MO
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	2	MO
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	2	MO
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<i>fosphephenytoin sodium injection</i> (Cerebyx) <i>solution 100 mg pe/2ml, 500 mg pe/10ml</i>	2	HI
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	ST; NDS; QL (720 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	5	ST; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	MO; QL (360 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	MO; QL (270 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i> (Neurontin)	2	MO; QL (2160 ML per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	1	MO; QL (180 EA per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	1	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i> (Vimpat)	2	QL (200 ML per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	2	MO; QL (1200 ML per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	MO
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i> (LaMICtal)	2	MO
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (LaMICtal ODT)	2	MO
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	2	MO
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i> (Keppra)	2	HI
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	2	MO
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	2	MO
<i>levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 250 mg</i> (Spritam)	2	ST; MO
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	4	NDS; QL (10 EA per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	2	MO
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	4	NDS; QL (10 EA per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i> (Trileptal)	2	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	MO
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	2	PA NSO; MO; PA-HRM

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	PA NSO; MO; PA-HRM
<i>phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	4	NDS
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i> (Dilantin-125)	1	MO
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin)	2	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	2	MO
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	1	HI
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	2	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	2	MO; QL (900 ML per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	2	MO
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	1	MO
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	5	ST; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	2	ST; MO
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	5	ST; NDS
SEZABY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	5	PA BvD; NDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 500 MG, 750 MG	4	ST; NDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG (levetiracetam)	4	ST; NDS
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	2	MO
topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg (Topamax Sprinkle)	2	MO
topiramate oral capsule sprinkle 50 mg	2	MO
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Topamax)	1	MO
valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml	2	HI
valproic acid oral capsule 250 mg	2	MO
valproic acid oral solution 250 mg/5ml	2	MO
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	5	NDS; QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML	5	NDS; QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML	5	NDS; QL (10 EA per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	5	NDS; QL (10 EA per 30 days)
vigabatrin oral packet 500 mg (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
vigabatrin oral tablet 500 mg (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
vigadrone oral packet 500 mg (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
vigadrone oral tablet 500 mg (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
vigpoder oral packet 500 mg (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	4	ST; NDS; QL (56 EA per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	4	ST; NDS; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	4	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	ST; NDS; QL (60 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG, 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG	4	ST; NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	4	NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	1	MO
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	1	MO
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (1080 ML per 30 days)
ANTIDEPRESIVOS		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	5	ST; NDS
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet</i> (Wellbutrin SR) <i>extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	MO
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet</i> (Wellbutrin XL) <i>extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg</i> (CeleXA)	1	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (CeleXA)	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	4	NDS
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	4	NDS
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	NDS
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	MO
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	MO
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	ST; NDS; QL (60 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG	4	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta)	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	2	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	MO
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	4	ST; NDS
fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg (PROzac)	1	MO
fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml	2	MO
fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	MO
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1	MO
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	NDS
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg (Remeron)	1	MO
mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg	1	MO
mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg (Remeron SolTab)	2	MO
NEFAZODONE HCL ORAL TABLET 100 MG	2	MO
nefazodone hcl oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	2	MO
nefazodone hcl tablet 100 mg oral	2	MO
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg (Pamelor)	1	MO
nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml	4	NDS
paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg (Paxil CR)	4	NDS
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml (Paxil)	4	PA NSO; NDS; PA-HRM
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg (Paxil)	1	PA NSO; MO; PA-HRM
perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg	2	MO
phenelzine sulfate oral tablet 15 mg (Nardil)	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	NDS
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (1200 ML per 30 days)
<i>sertraline hcl 100 mg tablet f/c</i> (Zoloft)	1	MO
<i>sertraline hcl 25 mg tablet f/c</i> (Zoloft)	1	MO
<i>sertraline hcl 50 mg tablet f/c</i> (Zoloft)	1	MO
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	2	MO
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	MO
SPRAVATO (56 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK 28 MG/DEVICE	5	PA NSO; NDS
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK 28 MG/DEVICE	5	PA NSO; NDS
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	4	NDS
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	NDS
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i> (Effexor XR)	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	1	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 EA per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (14 EA per 14 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ANTIFÚNGICOS		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	PA BvD; NDS
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	2	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i> (AmBisome)	5	PA BvD; NDS
<i>ciclopirox external solution 8 %</i> (Ciclodan)	1	QL (19.8 ML per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	1	QL (180 GM per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	4	NDS; QL (180 ML per 30 days)
<i>clotrimazole external cream 1 %</i> (Desenex)	1	
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	2	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	2	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	1	QL (90 GM per 30 days)
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	2	QL (170 GM per 30 days)
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	2	HI
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>	2	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i> (Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Diflucan)	1	
<i>fluconazole oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	5	NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	4	NDS
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	4	NDS
GRISEOFULVIN ULTRAMICROSIZE ORAL TABLET 165 MG	4	NDS
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	2	
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	2	QL (180 GM per 30 days)
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	1	QL (360 ML per 30 days)
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>miconazole sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i> (Mycamine)	2	HI
MICONAZOLE 3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG	2	
<i>nyamyc external powder 100000 unit/gm</i> (Nyamyc)	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i> (Nyamyc)	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	2	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	2	
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	2	
<i>nystop external powder 100000 unit/gm</i> (Nyamyc)	2	QL (60 GM per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i> (Noxafil)	5	PA; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i> (Vfend IV)	5	PA BvD; HI; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
voriconazole oral suspension (Vfend) reconstituted 40 mg/ml	5	PA; NDS
voriconazole oral tablet 200 mg	4	NDS
voriconazole oral tablet 50 mg (Vfend)	4	NDS
ANTIHIISTAMÍNICOS		
Antihistamínicos		
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1	
levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg (Xyzal Allergy 24HR)	1	
ANTIMICOBACTERIALES		
Antimicobacteriales		
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	2	MO
ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	2	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	1	MO
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	NDS
pyrazinamide oral tablet 500 mg	2	
rifabutin oral capsule 150 mg	4	NDS
rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg (Rifadin)	2	HI
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	4	NDS
ANTIVIRALES (SITÉMICO)		
Antirretrovirales		
abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml (Ziagen)	2	MO
abacavir sulfate oral tablet 300 mg	2	MO
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 600 MG/3ML	5	NDS; QL (24 ML per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg</i>	2	MO
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	2	MO
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NDS; QL (30 EA per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 400 & 600 MG/2ML, 600 & 900 MG/3ML	5	NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5	NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista)	5	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	2	MO
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir df oral tablet 600-200-300 mg</i>	5	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	5	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	5	NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet</i> (Truvada) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg	5	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet</i> (Truvada) 200-300 mg	2	MO
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	NDS
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	4	NDS
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	5	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet</i> 700 mg	5	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	5	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	3	MO
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NDS
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	2	MO
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	2	MO
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	2	MO
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	NDS
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i> (Kaletra)	2	MO; QL (480 ML per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	2	MO; QL (300 EA per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	2	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	5	NDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	2	MO; QL (90 EA per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	2	MO; QL (1200 ML per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	4	NDS
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	NDS
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	5	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	5	NDS
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	HI; NDS
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	5	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	2	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	5	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	MO
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150- 150-200-300 MG	5	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	5	NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 463.5 MG/1.5ML	5	PA BvD; NDS
SYMITUZA ORAL TABLET 800- 150-200-10 MG	5	NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral</i> (Viread) <i>tablet 300 mg</i>	2	MO
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	NDS
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	5	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50- 300 MG	5	NDS; QL (30 EA per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	4	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300- 150-300 MG	5	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	5	NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	5	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	4	NDS
zidovudine oral capsule 100 mg (Retrovir)	2	MO
zidovudine oral syrup 50 mg/5ml (Retrovir)	2	MO
zidovudine oral tablet 300 mg	2	MO
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (56 EA per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 (sofosbuvir-velpatasvir) MG	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (56 EA per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 (ledipasvir-sofosbuvir) MG	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)
Antivirales, Varios		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NDS
oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg (Tamiflu)	2	QL (84 EA per 180 days)
oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg (Tamiflu)	2	QL (48 EA per 180 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
oseltamivir phosphate oral capsule 75 mg (Tamiflu)	2	QL (42 EA per 180 days)
oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml (Tamiflu)	2	QL (540 ML per 180 days)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	2	QL (20 EA per 5 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	2	QL (30 EA per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NDS; QL (28 EA per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	4	NDS; QL (60 EA per 180 days)
Interferones		
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT	5	NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	5	PA; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
acyclovir oral capsule 200 mg	1	
acyclovir oral suspension 200 mg/5ml	4	NDS
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	1	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	2	PA BvD
adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg	2	MO
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Baraclude)	2	MO
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	2	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ribavirin oral tablet 200 mg	2	
valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg (Valtrex)	2	
valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml (Valcyte)	5	NDS
valganciclovir hcl oral tablet 450 mg (Valcyte)	2	MO
COFACTORES ENZIMÁTICOS/OTROS		
Cofactores Enzimáticos/Otros		
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
DISPOSITIVOS		
Dispositivos		
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8 MM (pen needles)	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5 MM (aqinject pen needle)	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8 MM (clickfine pen needles)	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4 MM (aqinject pen needle)	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM (aqinject pen needle)	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 29G X 12.7MM (sure comfort pen needles)	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 31G X 5 MM (aqinject pen needle)	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 31G X 8 MM (clickfine pen needles)	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 33G X 4 MM (aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML (sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (global inject ease insulin syr)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(eql insulin syringe)	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
ALCOHOL PREP PAD	(alcohol prep)	1	PA; ST
ALCOHOL PREP PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
ALCOHOL SWABS PAD	(alcohol prep)	1	PA; ST
ALCOHOL SWABS PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
ALCOHOL SWABSTICK PAD	(alcohol prep)	1	PA; ST
ALCOHOL SWABSTICK PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
APLICARE ALCOHOL SWABSTICK PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
AQ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML (OTC)	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 31G X 15/64" 0.5 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 31G X 15/64" 1 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM	(pen needles)	1	PA; ST
AUM ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM	(aum insulin safety pen needle)	1	PA; ST
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 8 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 4 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 32G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 33G X 4 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 33G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 33G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
AUM SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM	(aum insulin safety pen needle)	1	PA; ST
BD AUTOSHIELD 29G X 5MM	(easy comfort pen needles)	1	PA; ST
BD AUTOSHIELD 29G X 8MM		1	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM	(pen needles)	1	PA; ST
BD ECLIPSE SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 25G X 1" 1 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 26G X 1/2" 1 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML		1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (OTC)	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (RX)	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (OTC)	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (RX)	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE HALF- UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE (global inject ease MICROFINE 28G X 1/2" 0.5 ML insulin syr)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE (global inject ease MICROFINE 28G X 1/2" 1 ML insulin syr) (RX)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE U/F 30G X (careone insulin syringe) 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE U/F 30G X (careone insulin syringe) 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE U/F 30G X (careone insulin syringe) 1/2" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE U/F 31G X (careone insulin syringe) 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE U/F 31G X (careone insulin syringe) 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE U-100 1 (kmart valu insulin ML syringe 29g)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE (sure comfort insulin ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.3 ML syringe)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE (global inject ease ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.5 ML insulin syr)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE (global inject ease ULTRAFINE 29G X 1/2" 1 ML insulin syr)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE (careone insulin syringe) ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE (careone insulin syringe) ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE MICRO U/F 32G (aum mini insulin pen X 6 MM needle)	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X (aqinject pen needle) 5 MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE NANO 2ND (aqinject pen needle) GEN 32G X 4 MM	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM (OTC)	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM (RX)	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM	(sure comfort pen needles)	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE 27G X 5/8" 1 ML		1	PA; ST
BD SAFETY-LOK INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
BD SWAB SINGLE USE REGULAR PAD	(alcohol prep)	1	PA; ST
BD SWABS SINGLE USE BUTTERFLY PAD	(alcohol prep)	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 0.3 ML (OTC)	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 0.3 ML (RX)	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 0.5 ML (OTC)	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 0.5 ML (RX)	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 1 ML (OTC)	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 1 ML (RX)	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 30G X 8 MM	(pen needles)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 32G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 33G X 4 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 33G X 4 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(eql insulin syringe)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 8 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 4 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 8 MM		1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM	(pen needles)	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 4 MM	(aum insulin safety pen needle)	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 4 MM	(aum insulin safety pen needle)	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 8 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
CURITY ALL PURPOSE SPONGES PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
CURITY GAUZE PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGE PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
CURITY SPONGES PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
CVS GAUZE PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
CVS GAUZE STERILE PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE SPONGE PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
DERMACEA IV DRAIN SPONGES PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN SPONGES PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
DERMACEA TYPE VII GAUZE PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.3 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.5 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 1 ML		1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(eql insulin syringe)	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 29G X 10MM		1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 30G X 8 MM	(pen needles)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 5 MM (aqinject pen needle)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 6 MM (dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 8 MM (clickfine pen needles)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 4 MM (aqinject pen needle)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 5 MM (aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 6 MM (aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 8 MM (aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL PREP PAD 70 % (alcohol prep)	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM (aqinject pen needle)	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM (dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 8 MM (clickfine pen needles)	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 29G X 1/2" 1 ML (global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 0.3 ML (global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 0.5 ML (global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 1 ML (global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML (careone insulin syringe)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML (careone insulin syringe)	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML (aq insulin syringe)	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 29G X 1/2" 0.3 ML (sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 29G X 1/2" 1 ML (global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 30G X 5/16" 0.5 ML (easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 30G X 5/16" 1 ML (easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
DRUG MART UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM (aqinject pen needle)	1	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL PADS PAD (alcohol prep)	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML (careone insulin syringe)	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML (careone insulin syringe)	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML (easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML (careone insulin syringe)	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML (careone insulin syringe)	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML (aq insulin syringe)	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33G X 4 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLES 33G X 4 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
EASY TOUCH ALCOHOL PREP MEDIUM PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR 27G X 1/2" 1 ML	(syringe luer slip)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML	(kmart valu insulin syringe 29g)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle 27G X 1/2" 0.5 ML u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle 27G X 1/2" 1 ML u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (global inject ease 28G X 1/2" 0.5 ML insulin syr)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (global inject ease 28G X 1/2" 1 ML insulin syr)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (global inject ease 29G X 1/2" 0.5 ML insulin syr)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (global inject ease 29G X 1/2" 1 ML insulin syr)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (careone insulin syringe) 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (careone insulin syringe) 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (careone insulin syringe) 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (eql insulin syringe) 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (easy comfort insulin 30G X 5/16" 0.5 ML syringe)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (easy comfort insulin 30G X 5/16" 1 ML syringe)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (careone insulin syringe) 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (careone insulin syringe) 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (aq insulin syringe) 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 29G (global ease inject pen X 12MM needles)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G (pen needles) X 5 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 6 MM	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G (pen needles) X 8 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G (aqinject pen needle) X 5 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G (dropsafe safety pen needles) X 6 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G (clickfine pen needles) X 8 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G (aqinject pen needle) X 4 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G (aum mini insulin pen needle) X 5 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G (aum mini insulin pen needle) X 6 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 5MM (easy comfort pen needles)	1	PA; ST
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 8MM	1	PA; ST
EASY TOUCH SAFETY PEN (pen needles) NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK (global inject ease insulin syr) SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK (careone insulin syringe) SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK (easy comfort insulin syringe) SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK (aq insulin syringe) SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA AUTOSHIELD DUO (pen needles) 30G X 5 MM	1	PA; ST
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (global easy glide insulin syr) 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (careone insulin syringe) 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE (global inject ease insulin syr) 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE (careone insulin syringe) U/F 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F 30G X 1/2" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML		1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 28G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29G X 12.7MM	(sure comfort pen needles)	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 30G X 5 MM	(pen needles)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 30G X 8 MM	(pen needles)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
EQL ALCOHOL SWABS PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
EQL GAUZE PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(eql insulin syringe)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
EQL INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
FIFTY50 PEN NEEDLES 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
FREESTYLE PRECISION INS SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
FREESTYLE PRECISION INS SYR 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
FREESTYLE PRECISION INS SYR 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
FREESTYLE PRECISION INS SYR 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
GAUZE PADS PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
GAUZE TYPE VII MEDI-PAK PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.3 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.5 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 1 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 28G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 28G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(eql insulin syringe)	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
GNP ALCOHOL SWABS PAD	(alcohol prep)	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
GNP INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16" 30G X 5/16" 0.3 ML	(eql insulin syringe)	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
GNP STERILE GAUZE PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(eql insulin syringe)	1	PA; ST
GOODSENSE ALCOHOL SWABS PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 0.3 ML	(eql insulin syringe)	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL ALCOHOL PAD	(alcohol prep)	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
HM STERILE PADS PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
INPEN 100-BLUE-LILLY-HUMALOG DEVICE	(autopen)	3	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
INPEN 100-BLUE-NOVOLOG-FIASP DEVICE	(autopen)	3	
INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 27G X 1/2" 0.5 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 28G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 28G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 27G X 1/2" 0.5 ML (OTC)	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 27G X 1/2" 0.5 ML (RX)	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 27G X 1/2" 1 ML (RX)	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 28G X 1/2" 1 ML (RX)	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 0.5 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 1 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 5/16" 0.5 ML (OTC)	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
INSUPEN PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 33G X 4 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
J & J GAUZE PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
KENDALL HYDROPHILIC FOAM DRESS PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
KENDALL HYDROPHILIC FOAM PLUS PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
KINRAY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G U-100 1 ML	(kmart valu insulin syringe 29g)	1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U-100 0.3 ML		1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U-100 1 ML	(kmart valu insulin syringe 29g)	1	PA; ST
KROGER PEN NEEDLES 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
KROGER PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(eqi insulin syringe)	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	(sure comfort pen needles)	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.3 ML	(eqi insulin syringe)	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29G X 5MM	(easy comfort pen needles)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29G X 8MM		1	PA; ST
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 0.5 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 1 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MEDIC INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(eql insulin syringe)	1	PA; ST
MEDIC INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
MEDPURA ALCOHOL PADS 70 % EXTERNAL		1	PA; ST
MEIJER ALCOHOL SWABS PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
MEIJER PEN NEEDLES 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
MEIJER PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
MEIJER PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
MICRODOT PEN NEEDLE 33G X 4 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
MIRASORB SPONGES 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
MM PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML		1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML (OTC)	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (RX)	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (RX)	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(eql insulin syringe)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML (RX)	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE U-100 1 ML	(kmart valu insulin syringe 29g)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (OTC)	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML (OTC)	(eqi insulin syringe)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML (RX)	(eqi insulin syringe)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
NOVOFINE AUTOCOVER 30G X 8 MM	(pen needles)	1	PA; ST
NOVOFINE PEN NEEDLE 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
NOVOTWIST PEN NEEDLE 32G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT		3	QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5		3	QL (10 EA per 30 days)
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) KIT		3	QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)		3	QL (10 EA per 30 days)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT		3	QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS		3	QL (10 EA per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3) KIT		3	QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)		3	QL (10 EA per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT		3	QL (1 EA per 365 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT	3	QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	QL (10 EA per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM (aqinject pen needle)	1	PA; ST
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 6 MM (dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 8 MM (clickfine pen needles)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 29G X 12MM (global ease inject pen needles)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 30G X 5 MM (OTC) (pen needles)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 30G X 8 MM (pen needles)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 31G X 5 MM (OTC) (aqinject pen needle)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 31G X 8 MM (OTC) (clickfine pen needles)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 32G X 4 MM (OTC) (aqinject pen needle)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 32G X 5 MM (aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
PENTIPS 29G X 12MM (RX) (global ease inject pen needles)	1	PA; ST
PENTIPS 31G X 5 MM (RX) (aqinject pen needle)	1	PA; ST
PENTIPS 31G X 8 MM (RX) (clickfine pen needles)	1	PA; ST
PENTIPS 32G X 4 MM (RX) (aqinject pen needle)	1	PA; ST
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 29G X 12MM (global ease inject pen needles)	1	PA; ST
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 31G X 6 MM (dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 32G X 6 MM (aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLES 31G X 5MM 31G X 5 MM (aqinject pen needle)	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLES 32G X 4MM 32G X 4 MM (aqinject pen needle)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
PRECISION SUREDOSE PLUS SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
PRECISION SUREDOSE PLUS SYR 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 3/8" 0.5 ML		1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(eql insulin syringe)	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
PRODIGY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
PRODIGY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
PRODIGY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD	(alcohol prep)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 8 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
PX SHORTLENGTH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
QC ALCOHOL EXTERNAL 70 %		1	PA; ST
QC ALCOHOL SWABS PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
QC BORDER ISLAND GAUZE PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 4 MM	(aum insulin safety pen needle)	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 8 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 4 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 8 MM		1	PA; ST
RA ALCOHOL SWABS PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
<i>ra isopropyl alcohol wipes external 70 %</i>		1	PA; ST
RA PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
RA PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
RA STERILE PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 4 MM	(aum insulin safety pen needle)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
REALITY SWABS PAD	(alcohol prep)	1	PA; ST
RELION ALCOHOL SWABS PAD	(alcohol prep)	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		1	PA; ST
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.5 ML		1	PA; ST
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
RELION MINI PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
RELION PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
RELION PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
RESTORE CONTACT LAYER PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
SAFETY INSULIN SYRINGES 29G X 1/2" 0.5 ML (global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 29G X 1/2" 1 ML (global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 30G X 1/2" 1 ML (careone insulin syringe)	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 30G X 5/16" 0.5 ML (easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLES 30G X 5 MM (pen needles)	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM (pen needles)	1	PA; ST
SB ALCOHOL PREP PAD 70 % (alcohol prep)	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML (easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML (aq insulin syringe)	1	PA; ST
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM (pen needles)	1	PA; ST
SM ALCOHOL PREP PAD (alcohol prep)	1	PA; ST
SM ALCOHOL PREP PAD 6-70 % EXTERNAL	1	PA; ST
SM ALCOHOL PREP PAD 70 % (alcohol prep)	1	PA; ST
SM GAUZE PAD 2"X2" (cvs gauze)	1	PA; ST
STERILE GAUZE PAD 2"X2" (cvs gauze)	1	PA; ST
STERILE PAD 2"X2" (cvs gauze)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(eql insulin syringe)	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.5 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 1 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	(sure comfort pen needles)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
SURE COMFORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM	(pen needles)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM (OTC)	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM (RX)	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
SURE-PREP ALCOHOL PREP PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
SURGICAL GAUZE SPONGE PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
TERUMO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
THERAGAUZE PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 0.3 ML	(eqi insulin syringe)	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 1/2" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 32G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 32G X 5/16" 1 ML		1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 4 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	(sure comfort pen needles)	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(eql insulin syringe)	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 8 MM (clickfine pen needles)	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM (aqinject pen needle)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML (global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML (global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML (sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML (careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML (careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML (careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML (eqi insulin syringe)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (OTC) (easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX) (easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML (easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.3 ML (sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.5 ML (sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 1 ML (sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

05/01/2025

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML (OTC)	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML (RX)	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML (OTC)	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML (RX)	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 30G X 5 MM	(pen needles)	1	PA; ST
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM (OTC)	(sure comfort pen needles)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM (RX)	(sure comfort pen needles)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM	(pen needles)	1	PA; ST
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM (OTC)	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM (RX)	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 29G X 12.7MM	(sure comfort pen needles)	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
ULTILET ALCOHOL SWABS PAD	(alcohol prep)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(eqi insulin syringe)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 1 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML (OTC)	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML (RX)	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML (careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML (aq insulin syringe)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 30G X 1/2" 0.3 ML (careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 30G X 5/16" 0.3 ML (eql insulin syringe)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 30G X 5/16" 0.5 ML (easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 30G X 5/16" 1 ML (easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 31G X 5/16" 0.3 ML (careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 31G X 5/16" 0.5 ML (careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 31G X 5/16" 1 ML (aq insulin syringe)	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29G X 12.7MM (sure comfort pen needles)	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 31G X 5 MM (aqinject pen needle)	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 31G X 8 MM (clickfine pen needles)	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 32G X 4 MM (aqinject pen needle)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML (eql insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 29G X 12MM (global ease inject pen needles)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 31G X 8 MM (clickfine pen needles)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 32G X 4 MM (aqinject pen needle)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 33G X 4 MM (aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 1/2" 0.3 ML (careone insulin syringe)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 5/16" 0.3 ML	(equl insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(equl insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA THIN PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(equl insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 5 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 33G X 4 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
ULTRA-COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 0.3 ML	(eql insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	(sure comfort pen needles)	1	PA; ST
UNIFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM	(pen needles)	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 8 MM	(pen needles)	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30G X 5 MM	(pen needles)	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30G X 8 MM	(pen needles)	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 0.5 ML		1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 1 ML		1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(global inject ease insulin syr)	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
V-GO 20 KIT 20 UNIT/24HR		3	QL (30 EA per 30 days)
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR		3	QL (30 EA per 30 days)
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR		3	QL (30 EA per 30 days)
VP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM	(clickfine pen needles)	1	PA; ST
ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
PREPARACIONES DE REEMPLAZO			
Preparaciones De Reemplazo			
dextrose-nacl intravenous solution 5-0.9 %		1	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.45 %		2	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.9 %		1	HI
dextrose-sodium chloride solution 5-0.45 % intravenous		2	
dextrose-sodium chloride solution 5-0.45 % intravenous		2	HI
dextrose-sodium chloride solution 5-0.9 % intravenous		1	
klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq	(Klor-Con M10)	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq</i> (Klor-Con M15)	1	MO
<i>klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq</i> (Klor-Con M20)	1	MO
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %</i>	4	HI; NDS
<i>magnesium sulfate injection solution 50 % (10ml syringe)</i>	2	HI
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq</i> (Klor-Con M10)	1	MO
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq</i> (Klor-Con M15)	1	MO
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq</i> (Klor-Con M20)	1	MO
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq</i> (Klor-Con 10)	1	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 15 meq</i>	2	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 20 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 8 meq</i> (Klor-Con)	1	MO
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	2	PA BvD; HI
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	4	NDS
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)</i> (Urocit-K 10)	2	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)</i> (Urocit-K 15)	2	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	2	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %</i>	2	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.9 %</i>	1	HI

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
sodium chloride solution 0.45 % intravenous	2	
sodium chloride solution 0.45 % intravenous	2	HI
sodium chloride solution 0.9 % intravenous	1	
sodium chloride solution 0.9 % intravenous	1	HI
sodium chloride solution 0.9 % intravenous	2	HI
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN		
Agentes Hematológicos, Varios		
anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg (Agrylin)	2	MO
anagrelide hcl oral capsule 1 mg	2	MO
tranexamic acid oral tablet 650 mg	2	
Anticoagulantes		
dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg (Pradaxa)	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	MO; QL (74 EA per 30 days)
enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml (Lovenox)	2	QL (60 ML per 30 days)
enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml (Lovenox)	2	QL (48 ML per 30 days)
enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml (Lovenox)	2	QL (18 ML per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i> (Lovenox)	2	QL (24 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i> (Lovenox)	2	QL (36 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i> (Arixtra)	2	QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (18 ML per 30 days)
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	2	HI
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Jantoven)	1	MO
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Jantoven)	1	MO
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	3	MO; QL (600 ML per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG (rivaroxaban)	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	3	
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	2	MO
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG	3	MO
BRILINTA ORAL TABLET 90 MG (ticagrelor)	3	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	MO
<i>dipyridamole oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	2	PA; MO; PA-HRM
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	1	MO
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	5	PA; NDS; QL (20 EA per 30 days)
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 6 MG/0.6ML	5	PA; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML	5	PA; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	5	PA; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	5	PA; NDS
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	5	PA; NDS; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 ML per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 ML per 28 days)
REEMPLAZO/MODIFICADO RES DE ENZIMA		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	3	MO
<i>javygtor oral tablet 100 mg</i> (Javygtor)	5	PA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	5	PA; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	5	PA BvD; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i> (Javygtor)	5	PA; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45ML, 28 MG/0.7ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8ML	5	PA; NDS

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.
Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000- 79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	3	MO
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS		
<i>Relajantes Musculares Esqueléticos</i>		
baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	2	
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1	PA; PA-HRM
dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 50 mg	4	NDS
dantrolene sodium oral capsule 25 (Dantrium) mg	4	NDS
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	1	PA; PA-HRM
tizanidine hcl oral tablet 2 mg	1	
tizanidine hcl oral tablet 4 mg (Zanaflex)	1	
VITAMINAS Y MINERALES		
<i>Vitaminas Y Minerales</i>		
C-NATE DHA CAPSULE 28-1-200 MG ORAL	1	
COMPLETENATE TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	
FOLIVANE-OB CAPSULE 85-1 MG ORAL	1	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON TABLET 30-1 MG ORAL	1	
M-NATAL PLUS TABLET 27-1 (m-natal plus) MG ORAL	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
NIVA-PLUS TABLET 27-1 MG (m-natal plus) ORAL	1	
OBSTETRIX DHA 29-1 & 350 MG ORAL	1	
PNV PRENATAL PLUS (m-natal plus) MULTIVITAMIN TABLET 27-1 MG ORAL (RX)	1	
PNV TABS 29-1 TABLET 29-1 MG ORAL	1	
PNV-DHA+DOCUSATE CAPSULE 27-1.25-300 MG ORAL	1	
PNV-OMEGA CAPSULE 28-0.6- (pnv-omega) 0.4-340 MG ORAL	1	
PRENA 1 TRUE 30-1.4 & 300 MG ORAL	1	
PRENAISSANCE CAPSULE 29- 1.25-325 MG ORAL	1	
PRENAISSANCE PLUS CAPSULE 28-1-250 MG ORAL	1	
PRENATABS FA TABLET 29-1 MG ORAL	1	
PRENATAL 19 TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 (m-natal plus) MG	1	
PRENATAL PLUS IRON TABLET 29-1 MG ORAL	1	
PRENATAL-U CAPSULE 106.5-1 MG ORAL	1	
PREPLUS TABLET 27-1 MG (m-natal plus) ORAL	1	
PRETAB TABLET 29-1 MG ORAL	1	
SELECT-OB TABLET CHEWABLE 29-0.6-0.4 MG ORAL	1	
SELECT-OB TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	
SE-NATAL 19 TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TARON-C DHA CAPSULE 35-1 MG ORAL	1	
TARON-PREX CAPSULE 30-1.2- 265 MG ORAL	1	
TRIVEEN-DUO DHA 29-1-200 & 300 MG ORAL	1	
VIRT-C DHA CAPSULE 53.5-38-1 MG ORAL	1	
VIRT-NATE DHA CAPSULE 28-1- 200 MG ORAL	1	
VIRT-PN DHA CAPSULE 27-0.6- (pnv-dha) 0.4-300 MG ORAL	1	
VIRT-PN PLUS CAPSULE 28-0.6- (pnv-omega) 0.4-340 MG ORAL	1	
VITAFOL GUMMIES TABLET CHEWABLE 3.33-0.333-34.8 MG ORAL	1	
VITAFOL-NANO TABLET 18-0.6- 0.4 MG ORAL	1	
VITAFOL-OB+DHA 65-1 & 250 MG ORAL	1	
VP-PNV-DHA CAPSULE 28-1- 215.8 MG ORAL	1	
ZATEAN-PN DHA CAPSULE 27- (pnv-dha) 0.6-0.4-300 MG ORAL	1	
ZATEAN-PN PLUS CAPSULE 28- (pnv-omega) 0.6-0.4-340 MG ORAL	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 10.

Formulario ID: 25256

índice de medicamentos/Listado alfabético

A		
<i>abacavir sulfate</i>	131	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	131	
ABELCET	129	
ABILIFY ASIMTUFII	39	
ABILIFY MAINTENA	39	
<i>abiraterone acetate</i>	5	
<i>abirtega</i>	5	
ABOUTTIME PEN NEEDLE	138	
ABRYSVO	89	
<i>acamprosate calcium</i>	24	
<i>acarbose</i>	27	
<i>acebutolol hcl</i>	47	
<i>acetaminophen-codeine</i>	102	
<i>acetazolamide</i>	93	
<i>acetazolamide er</i>	93	
<i>acetazolamide sodium</i>	93	
<i>acetic acid</i>	95	
<i>acetylcysteine</i>	63	
<i>acitretin</i>	71	
ACTEMRA	82	
ACTEMRA ACTPEN	82	
ACTHAR	80	
ACTHAR GEL	80	
ACTHIB	89	
ACTIMMUNE	99	
<i>acyclovir</i>	71, 137	
<i>acyclovir sodium</i>	137	
ADACEL	89	
<i>adapalene</i>	72	
<i>adefovir dipivoxil</i>	137	
ADEMPAS	100	
ADVAIR HFA	65	
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	138	
ADVOCATE INSULIN NEEDLES	138	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE	138, 139	
<i>afirmelle</i>	112	
AIRSUPRA	65, 66	
AJOVY	34	
AKEEGA	5	
<i>ala-cort</i>	68	
<i>albendazole</i>	36	
<i>albuterol sulfate</i>	66	
ALBUTEROL SULFATE	66	
<i>albuterol sulfate hfa</i>	66	
ALCOHOL PREP	139	
ALCOHOL PREP PADS	139	
ALCOHOL SWABS	139	
ALCOHOL SWABSTICK ..	139	
ALECENSA	5	
<i>alendronate sodium</i>	57, 58	
<i>alfuzosin hcl er</i>	76	
<i>aliskiren fumarate</i>	56	
<i>allopurinol</i>	33	
<i>alosetron hcl</i>	57	
<i>alprazolam</i>	25	
<i>alrex</i>	97	
<i>altavera</i>	112	
ALTRENO	73	
ALUNBRIG	5	
ALVAIZ	189	
<i>alyacen 1/35</i>	112	
<i>alyacen 7/7/7</i>	112	
ALYFTREK	63	
<i>alyq</i>	100	
<i>amantadine hcl</i>	37	
<i>amethyst</i>	112	
<i>amikacin sulfate</i>	105	
<i>amiloride hcl</i>	54	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	54	
<i>amiodarone hcl</i>	47	
<i>amitriptyline hcl</i>	125	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	51	
<i>amlodipine besylate</i>	51	
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	51	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	52	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	51	
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	51	
<i>ammonium lactate</i>	71	
<i>amoxapine</i>	125	
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	73	
<i>amoxicillin</i>	109	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	109, 110	
<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	59	
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	59	
<i>amphotericin b</i>	129	
<i>amphotericin b liposome</i>	129	
<i>ampicillin</i>	110	
<i>ampicillin sodium</i>	110	
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	110	
<i>anagrelide hcl</i>	187	
<i>anastrozole</i>	5	
ANKTIVA	5	
ANORO ELLIPTA	66	
APLICARE ALCOHOL SWABSTICK	139	
APO-VARENICLINE	24	
<i>aprepitant</i>	35	
APRETUDE	132	
<i>apri</i>	113	
APTOM	120	

APTIVUS	132	<i>aurovela</i> 1.5/30.....	113	BD INSULIN SYRINGE	
AQ INSULIN SYRINGE.....	139	<i>aurovela</i> 1/20.....	113	MICROFINE.....	142
AQINJECT PEN NEEDLE..	139	<i>aurovela</i> 24 <i>fe</i>	113	BD INSULIN SYRINGE U/F	
ARCALYST	82	<i>aurovela fe</i> 1.5/30.....	113	.....	142
AREXVY	89	<i>aurovela fe</i> 1/20.....	113	BD INSULIN SYRINGE U-500	
ARIKAYCE	105	AUSTEDO.....	59, 60	.....	142
<i>aripiprazole</i>	39	AUSTEDO XR.....	60	BD INSULIN SYRINGE	
ARISTADA.....	39	AUSTEDO XR PATIENT		ULTRAFINE	142
ARISTADA INITIO	39	TITRATION.....	60	BD PEN NEEDLE MICRO U/F	
<i>armodafinil</i>	59	AUVELITY	125	.....	142
ARNUITY ELLIPTA.....	65	<i>aviane</i>	113	BD PEN NEEDLE MINI U/F	
<i>asenapine maleate</i>	40	AVONEX PEN.....	60	.....	142
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	188	AVONEX PREFILLED	60	BD PEN NEEDLE NANO 2ND	
ASSURE ID DUO PRO PEN		AXTLE	5	GEN	142
NEEDLES	139	<i>ayuna</i>	113	BD PEN NEEDLE NANO U/F	
ASSURE ID INSULIN		AYVAKIT	5	.....	143
SAFETY SYR.....	139, 140	<i>azacitidine</i>	5	BD PEN NEEDLE ORIGINAL	
ASSURE ID PRO PEN		<i>azathioprine</i>	82	U/F	143
NEEDLES	140	<i>azathioprine sodium</i>	82	BD PEN NEEDLE SHORT U/F	
ASTAGRAF XL	82	<i>azelastine hcl</i>	98	.....	143
<i>atazanavir sulfate</i>	132	<i>azithromycin</i>	108, 109	BD SAFETYGLIDE INSULIN	
<i>atenolol</i>	47	<i>aztreonam</i>	107	SYRINGE	143
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	47	<i>azurette</i>	113	BD SAFETYGLIDE	
<i>atomoxetine hcl</i>	59	B		SYRINGE/NEEDLE.....	143
<i>atorvastatin calcium</i>	52	<i>bacitracin</i>	95	BD SAFETY-LOK INSULIN	
<i>atovaquone</i>	36	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	95	SYRINGE	143
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	36	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>		BD SWAB SINGLE USE	
<i>atropine sulfate</i>	98	.....	95	REGULAR.....	143
ATROVENT HFA	67	<i>baclofen</i>	191	BD SWABS SINGLE USE	
<i>aubra eq</i>	113	<i>balsalazide disodium</i>	57	BUTTERFLY	143
AUGTYRO	5	BALVERSA	5, 6	BD VEO INSULIN SYR U/F	
AUM ALCOHOL PREP PADS		BCG VACCINE	89	1/2UNIT.....	143
.....	140	BD AUTOSHIELD	141	BD VEO INSULIN SYRINGE	
AUM INSULIN SAFETY PEN		BD AUTOSHIELD DUO....	141	U/F	143, 144
NEEDLE	140	BD ECLIPSE SYRINGE ...	141	BELSOMRA.....	59
AUM MINI INSULIN PEN		BD INSULIN SYR		<i>benazepril hcl</i>	55
NEEDLE	140	ULTRAFINE II	141	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	
AUM PEN NEEDLE	140	BD INSULIN SYRINGE ...	141,	.....	55
AUM READYGARD DUO		142		<i>bendamustine hcl</i>	6
PEN NEEDLE.....	141	BD INSULIN SYRINGE		BENDAMUSTINE HCL	6
AUM SAFETY PEN NEEDLE		HALF-UNIT.....	141	BENDEKA	6
.....	141			BENLYSTA.....	83

<i>benztropine mesylate</i>	37	BRONCHITOL	63	CAREONE INSULIN	
BESREMI.....	83	BRONCHITOL TOLERANCE		SYRINGE	144
<i>betaine</i>	99	TEST.....	63	CARETOUCH ALCOHOL	
<i>betamethasone dipropionate</i> ..	69	BRUKINSA.....	6	PREP	144
<i>betamethasone dipropionate aug</i>		<i>budesonide</i>	57, 65	CARETOUCH INSULIN	
.....	68, 69	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>		SYRINGE	144, 145
<i>betamethasone valerate</i>	69	.....	65	CARETOUCH PEN NEEDLES	
BETASERON	60	<i>bumetanide</i>	54	.....	145
<i>betaxolol hcl</i>	94	<i>buprenorphine</i>	102	<i>carglumic acid</i>	74
<i>bethanechol chloride</i>	76	<i>buprenorphine hcl</i>	24	<i>carteolol hcl</i>	94
<i>bexarotene</i>	6	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>		<i>cartia xt</i>	48
BEXSERO.....	90	.....	24	<i>carvedilol</i>	48
<i>bicalutamide</i>	6	<i>bupropion hcl</i>	125	CAYSTON.....	107
BICILLIN L-A	110	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>		<i>cefaclor</i>	107
BIKTARVY	132	.....	24	<i>cefadroxil</i>	107
<i>bimatoprost</i>	94	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	125	<i>cefazolin sodium</i>	107
<i>bisoprolol fumarate</i>	47	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	125	<i>cefdinir</i>	107
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>		<i>buspirone hcl</i>	99	<i>cefepime hcl</i>	107
.....	47	<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	102	<i>cefixime</i>	107
BIZENGRI (750 MG DOSE)...	6	<i>butalbital-apap-caffeine</i>	102	<i>cefoxitin sodium</i>	107
<i>bleomycin sulfate</i>	6	C		<i>cefpodoxime proxetil</i>	108
<i>blisovi 24 fe</i>	113	CABENUVA.....	132	<i>cefprozil</i>	108
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	113	<i>cabergoline</i>	37	<i>ceftazidime</i>	108
<i>blisovi fe 1/20</i>	113	CABOMETYX.....	6, 7	<i>ceftriaxone sodium</i>	108
BOOSTRIX.....	90	<i>calcipotriene</i>	71	<i>cefuroxime axetil</i>	108
<i>bortezomib</i>	6	<i>calcitonin (salmon)</i>	58	<i>cefuroxime sodium</i>	108
BORUZU	6	<i>calcitriol</i>	58	<i>celecoxib</i>	101
<i>bosentan</i>	100	<i>calcium acetate</i>	75	<i>cephalexin</i>	108
BOSULIF	6	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	75	<i>cevimeline hcl</i>	68
BRAFTOVI.....	6	CALQUENCE	7	<i>chateal eq</i>	113
BREO ELLIPTA	65	<i>camila</i>	113	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	25
<i>breyna</i>	65	<i>candesartan cilexetil</i>	50	<i>chlorhexidine gluconate</i>	68
BREZTRI AEROSPHERE	67	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	50	<i>chloroquine phosphate</i>	36
BRILINTA	188	CAPLYTA.....	40	<i>chlorpromazine hcl</i>	40
<i>brimonidine tartrate</i>	94	CAPRELSA.....	7	<i>chlorthalidone</i>	54
<i>brimonidine tartrate-timolol</i> ..	94	<i>captopril</i>	55	<i>cholestyramine</i>	52
<i>brinzolamide</i>	94	<i>carbamazepine</i>	120	<i>cholestyramine light</i>	52
BRIVIACT	120	<i>carbamazepine er</i>	120	<i>ciclopirox</i>	129
<i>bromfenac sodium</i>	97	<i>carbidopa-levodopa</i>	38	<i>ciclopirox olamine</i>	129
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>		<i>carbidopa-levodopa er</i>	38	<i>cilostazol</i>	189
.....	97	CAREFINE PEN NEEDLES		CIMDUO	132
<i>bromocriptine mesylate</i>	37	.....	144	<i>cimetidine hcl</i>	73

CIMZIA.....	83	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	129	CREON.....	190
CIMZIA (2 SYRINGE).....	83	<i>clozapine</i>	40	<i>cromolyn sodium</i>	63, 74, 98
<i>cinacalcet hcl</i>	58	C-NATE DHA.....	191	<i>cryselle-28</i>	113
CINQAIR.....	63	COARTEM.....	36	CURITY ALCOHOL PREPS	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	95, 111	COBENFY.....	40	.....	148
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	111	COBENFY STARTER PACK		CURITY ALL PURPOSE	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	95	.....	40	SPONGES.....	148
<i>citalopram hydrobromide</i>	125, 126	<i>colchicine</i>	33	CURITY GAUZE.....	148
<i>clarithromycin</i>	109	<i>colchicine-probenecid</i>	34	CURITY GAUZE SPONGE	148
CLENPIQ.....	75	<i>colesevelam hcl</i>	52	CURITY SPONGES.....	148
CLEVER CHOICE COMFORT		<i>colestipol hcl</i>	52	CVS GAUZE.....	148
EZ.....	145	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	106	CVS GAUZE STERILE.....	148
CLICKFINE PEN NEEDLES		COMBIVENT RESPIMAT... 67		<i>cyclafem 1/35</i>	113
.....	145	COMETRIQ (100 MG DAILY		<i>cyclafem 7/7/7</i>	113
<i>clindamycin hcl</i>	105	DOSE).....	7	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	191
<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>		COMETRIQ (140 MG DAILY		<i>cyclophosphamide</i>	7
.....	72	DOSE).....	7	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	7
<i>clindamycin phosphate</i> ..	72, 105, 106	COMETRIQ (60 MG DAILY		<i>cyclosporine</i>	83, 97
CLINIMIX E/DEXTROSE		DOSE).....	7	<i>cyclosporine modified</i>	83
(8/10).....	46	COMFORT ASSIST INSULIN		CYLTEZO (2 PEN).....	84
CLINIMIX E/DEXTROSE		SYRINGE.....	145, 146	CYLTEZO (2 SYRINGE).....	84
(8/14).....	46	COMFORT EZ INSULIN		CYLTEZO-CD/UC/HS	
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)		SYRINGE.....	146	STARTER.....	84
.....	46	COMFORT EZ PEN NEEDLES		CYLTEZO-PSORIASIS/UV	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)		.....	146, 147	STARTER.....	84
.....	46	COMFORT EZ PRO PEN		<i>cyred eq</i>	113
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)		NEEDLES.....	147	D	
.....	46	COMFORT TOUCH INSULIN		<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	
<i>clobazam</i>	120	PEN NEED.....	147, 148	.....	187
<i>clobetasol propionate</i>	69	COMPLERA.....	132	<i>dalfampridine er</i>	60
<i>clobetasol propionate e</i>	69	COMPLETENATE.....	191	<i>danazol</i>	77
<i>clobetasol propionate emulsion</i>		<i>compro</i>	35	<i>dantrolene sodium</i>	191
.....	69	<i>constulose</i>	74	DANYELZA.....	7
<i>clomipramine hcl</i>	126	COPIKTRA.....	7	DANZITEN.....	8
<i>clonazepam</i>	25	CORLANOR.....	49	<i>dapsone</i>	131
<i>clonidine</i>	46	COSENTYX.....	83, 99	DAPTACEL.....	90
<i>clonidine hcl</i>	46	COSENTYX (300 MG DOSE)		<i>daptomycin</i>	106
<i>clopidogrel bisulfate</i>	189	.....	83	DAPTOMYCIN.....	106
<i>clorazepate dipotassium</i>	26	COSENTYX SENSOREADY		<i>darunavir</i>	132
<i>clotrimazole</i>	129	(300 MG).....	83	<i>dasatinib</i>	8
		COSENTYX UNOREADY ..	83	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	113
		COTELLIC.....	7	<i>dasetta 7/7/7</i>	113

DATROWAY.....	8	<i>diclofenac sodium</i>	97, 101	DROPLET PEN NEEDLES	149, 150
DAURISMO.....	8	<i>diclofenac sodium er</i>	101	DROPSAFE ALCOHOL PREP	 150
<i>deblitane</i>	113	<i>diclofenac-misoprostol</i>	101	DROPSAFE SAFETY PEN	
<i>decitabine</i>	8	<i>dicloxacillin sodium</i>	110	NEEDLES.....	150
<i>deferasirox</i>	104	<i>dicyclomine hcl</i>	74	DROPSAFE SAFETY	
<i>deferasirox granules</i>	104	DIFICID.....	109	SYRINGE/NEEDLE	150, 151
DELSTRIGO.....	132	<i>difluprednate</i>	97	<i>droxidopa</i>	46
<i>delyla</i>	114	<i>digoxin</i>	49	DRUG MART ULTRA	
<i>demeclocycline hcl</i>	112	<i>dihydroergotamine mesylate</i> ..	34	COMFORT SYR	151
DENG VAXIA.....	90	<i>diltiazem hcl</i>	49	DRUG MART UNIFINE	
<i>denta 5000 plus</i>	68	<i>diltiazem hcl er</i>	49	PENTIPS.....	151
<i>dentagel</i>	68	<i>diltiazem hcl er beads</i>	48	DUAVEE	78
DEPO-SUBQ PROVERA	104	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	48	<i>duloxetine hcl</i>	126
.....	81	<i>dilt-xr</i>	49	DUPIXENT.....	84
DERMACEA GAUZE		<i>dimethyl fumarate</i>	60	<i>dutasteride</i>	76
SPONGE	148	<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	60	E	
DERMACEA IV DRAIN		.....	60	EASY COMFORT ALCOHOL	
SPONGES	148	<i>diphenoxylate-atropine</i>	74	PADS	151
DERMACEA NON-WOVEN		DIPHThERIA-TETANUS		EASY COMFORT INSULIN	
SPONGES	148	TOXOIDS DT	90	SYRINGE	151
DERMACEA TYPE VII		<i>dipyridamole</i>	189	EASY COMFORT PEN	
GAUZE	148	<i>disulfiram</i>	25	NEEDLES.....	152
DESCOVY	132	<i>divalproex sodium</i>	121	EASY GLIDE PEN NEEDLES	
<i>desipramine hcl</i>	126	<i>divalproex sodium er</i>	121	.....	152
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	80	<i>dofetilide</i>	47	EASY TOUCH ALCOHOL	
<i>desmopressin acetate</i>	80	<i>dolishale</i>	114	PREP MEDIUM	152
<i>desmopressin acetate spray</i>	80	<i>donepezil hcl</i>	26	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	114	<i>dorzolamide hcl</i>	94	INSULIN SY	152
<i>desvenlafaxine succinate er</i> ..	126	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> ..	94	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>dexamethasone</i>	79	DOVATO	132	SAFETY SYR.....	152
<i>dexamethasone sodium</i>		<i>doxazosin mesylate</i>	46	EASY TOUCH INSULIN	
<i>phosphate</i>	79, 97	<i>doxepin hcl</i>	126	BARRELS.....	152
<i>dextrose</i>	46	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	8	EASY TOUCH INSULIN	
<i>dextrose-nacl</i>	185	<i>doxy 100</i>	112	SAFETY SYR.....	152
<i>dextrose-sodium chloride</i>	185	<i>doxycycline hyclate</i>	112	EASY TOUCH INSULIN	
DIACOMIT	120	<i>doxycycline monohydrate</i>	112	SYRINGE	153
DIATHRIVE PEN NEEDLE		DRIZALMA SPRINKLE	126	EASY TOUCH PEN NEEDLES	
.....	148	<i>dronabinol</i>	35	.....	153, 154
<i>diazepam</i>	26, 120	DROPLET INSULIN		EASY TOUCH SAFETY PEN	
<i>diazepam intensol</i>	26	SYRINGE.....	148, 149	NEEDLES.....	154
<i>diazoxide</i>	99	DROPLET MICRON	149		
<i>diclofenac potassium</i>	101				

EASY TOUCH	EMTRIVA.....	esomeprazole magnesium
SHEATHLOCK SYRINGE	<i>emzahh</i>	<i>estarylla</i>
.....154	<i>enalapril maleate</i>	<i>estradiol</i>
<i>econazole nitrate</i>	55	<i>estradiol-norethindrone acet</i> .78
129	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> 55	<i>eszopiclone</i>
EDURANT.....	ENBREL.....	59
132	84	<i>ethambutol hcl</i>
<i>efavirenz</i>	ENBREL MINI	131
132	84	<i>ethosuximide</i>
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	ENBREL SURECLICK	121
.....	84	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> 114
132	<i>endocet</i>	<i>etodolac</i>
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	102	101
.....	ENGERIX-B.....	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>
132	90	.....
ELAHERE.....	<i>enilloring</i>	114
8	114	ETOPOPHOS
ELIGARD	<i>enoxaparin sodium</i>	9
8	187, 188	<i>etoposide</i>
<i>elinest</i>	<i>enpresse-28</i>	9
114	114	<i>etravirine</i>
ELIQUIS	<i>enskyce</i>	133
187	114	EUCRISA
ELIQUIS DVT/PE STARTER	<i>entacapone</i>	69
PACK.....	<i>entecavir</i>	<i>everolimus</i>
187	137	9, 85
ELREXFIO.....	ENTRESTO.....	EVOTAZ.....
8	50	133
<i>eluryng</i>	<i>enulose</i>	EXEL COMFORT POINT PEN
114	74	NEEDLE.....
EMBECTA AUTOSHIELD	EPCLUSA	156
DUO	EPIDIOLEX	<i>exemestane</i>
154	121	9
EMBECTA INS SYR U/F 1/2	<i>epinastine hcl</i>	EXTENCILLINE.....
UNIT	98	110
154	<i>epinephrine</i>	EYSUVIS.....
EMBECTA INSULIN	49, 50	97
SYRINGE.....	<i>epitol</i>	<i>ezetimibe</i>
154	121	52
EMBECTA INSULIN	EPIVIR HBV.....	<i>ezetimibe-simvastatin</i>
SYRINGE U/F	133	52
154, 155	EPKINLY	F
EMBECTA INSULIN	<i>eplerenone</i>	<i>falmina</i>
SYRINGE U-100	56	114
155	EPRONTIA	<i>famciclovir</i>
EMBECTA PEN NEEDLE	121	137
NANO 2 GEN	EQL ALCOHOL SWABS..	<i>famotidine</i>
155	155	73
EMBECTA PEN NEEDLE U/F	EQL GAUZE.....	FANAPT.....
.....	155,	41
155	156	FANAPT TITRATION PACK
EMBRACE PEN NEEDLES	ERBITUX.....	.....
.....	<i>ergoloid mesylates</i>	41
155	27	FARXIGA.....
EMCYT.....	ERIVEDGE	27
8	8	FASENRA
EMGALITY	ERLEADA.....	63
34	8	FASENRA PEN.....
EMGALITY (300 MG DOSE)	<i>erlotinib hcl</i>	63
.....	9	<i>febuxostat</i>
34	114	34
<i>emoquette</i>	<i>ertapenem sodium</i>	<i>feirza 1.5/30</i>
114	107	114
EMSAM	<i>erythromycin</i>	<i>feirza 1/20</i>
126	72, 95	114
<i>emtricitabine</i>	<i>erythromycin base</i>	<i>felbamate</i>
132	109	121
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> 109	<i>felodipine er</i>
133	40, 41	52
	<i>escitalopram oxalate</i>	<i>femynor</i>
	126	114
		<i>fenofibrate</i>
		52
		<i>fenofibrate micronized</i>
		52

<i>fentanyl</i>	103	<i>fosamprenavir calcium</i>	133	GLOBAL ALCOHOL PREP	
<i>fentanyl citrate</i>	102	<i>fosinopril sodium</i>	55	EASE.....	156
<i>fesoterodine fumarate er</i>	76	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	55	GLOBAL EASE INJECT PEN	
FETZIMA.....	126	<i>fosphenytoin sodium</i>	121	NEEDLES.....	156
FETZIMA TITRATION	127	FOTIVDA.....	9	GLOBAL EASY GLIDE	
FIASP.....	30	FREESTYLE PRECISION INS		INSULIN SYR.....	156
FIASP FLEXTOUCH	30	SYR	156	GLOBAL INJECT EASE	
FIASP PENFILL	30	FRUZAQLA.....	9	INSULIN SYR.....	156, 157
FIFTY50 PEN NEEDLES ...	156	<i>fulvestrant</i>	9	GLUCOPRO INSULIN	
<i>finasteride</i>	76	<i>furosemide</i>	54	SYRINGE	157
<i>fingolimod hcl</i>	60	FUZEON	133	<i>glyburide</i>	33
FINTEPLA	121	FYARRO	10	<i>glyburide micronized</i>	33
FIRMAGON.....	9	FYCOMPA.....	121	<i>glyburide-metformin</i>	33
FIRMAGON (240 MG DOSE) 9		G		<i>glycopyrrolate</i>	74
<i>flavoxate hcl</i>	76	<i>gabapentin</i>	121, 122	<i>glydo</i>	104
<i>flecainide acetate</i>	47	<i>galantamine hydrobromide</i>	27	GLYXAMBI.....	27
<i>floxuridine</i>	9	<i>galantamine hydrobromide er</i> 27		GNP ALCOHOL SWABS... 157	
<i>fluconazole</i>	129	<i>gallifrey</i>	81	GNP INSULIN SYRINGE . 157,	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>		GAMUNEX-C.....	85	158	
.....	129	GARDASIL 9.....	90	GNP INSULIN SYRINGES 158	
<i>flucytosine</i>	129	GAUZE PADS	156	GNP INSULIN SYRINGES	
<i>fludrocortisone acetate</i>	79	GAUZE TYPE VII MEDI-PAK		29GX1/2.....	158
<i>flunisolide</i>	97	.....	156	GNP INSULIN SYRINGES	
<i>fluocinolone acetonide</i> 69, 70, 97		GAVILYTE-C	75	30GX5/16.....	158
<i>fluocinonide</i>	70	<i>gavilyte-g</i>	75	GNP INSULIN SYRINGES	
<i>fluorometholone</i>	97	<i>gavilyte-n with flavor pack</i>	75	31GX5/16.....	158
<i>fluorouracil</i>	9, 71	GAVRETO	10	GNP STERILE GAUZE	158
<i>fluoxetine hcl</i>	127	<i>gefitinib</i>	10	GNP ULTRA COM INSULIN	
<i>fluphenazine decanoate</i>	41	<i>gemfibrozil</i>	53	SYRINGE	158
<i>fluphenazine hcl</i>	41	<i>generlac</i>	74	GOMEKLI	10
<i>flurbiprofen</i>	101	<i>gengraf</i>	85	GOODSENSE ALCOHOL	
FLURBIPROFEN	101	GENTAK.....	95	SWABS.....	158
<i>flurbiprofen sodium</i>	97	<i>gentamicin sulfate</i>	72, 95, 105	<i>griseofulvin microsize</i> ..	129, 130
FLUTAMIDE	9	GENVOYA	133	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ..	130
<i>fluticasone propionate</i>	70, 97	GILOTRIF	10	GRISEOFULVIN	
<i>fluticasone propionate hfa</i> 65, 66		<i>glatiramer acetate</i>	61	ULTRAMICROSIZE.....	130
<i>fluticasone-salmeterol</i>	66	<i>glatopa</i>	61	<i>guanfacine hcl</i>	46
<i>fluvastatin sodium</i>	53	GLEOSTINE	10	<i>guanfacine hcl er</i>	61
<i>fluvastatin sodium er</i>	53	<i>glimepiride</i>	33	GVOKE HYPOPEN 2-PACK99	
<i>fluvoxamine maleate</i>	127	<i>glipizide</i>	33	GVOKE KIT	99
FOLIVANE-OB	191	<i>glipizide er</i>	33	GVOKE PFS	99
<i>fondaparinux sodium</i>	188	<i>glipizide-metformin hcl</i>	33		

H		
HAEGARDA	189	
hailey 24 fe	114	
hailey fe 1.5/30	114	
hailey fe 1/20	114	
halobetasol propionate.....	70	
haloette	115	
haloperidol	41	
haloperidol decanoate.....	41	
haloperidol lactate	41	
HARVONI	136	
HAVRIX	90	
HEALTHWISE INSULIN		
SYR/NEEDLE	158	
HEALTHWISE MICRON PEN		
NEEDLES	158	
HEALTHWISE SHORT PEN		
NEEDLES	158	
HEALTHY ACCENTS		
UNIFINE PENTIP	159	
heather.....	115	
H-E-B INCONTROL		
ALCOHOL.....	159	
H-E-B INCONTROL PEN		
NEEDLES	159	
heparin sodium (porcine)	188	
HEPLISAV-B.....	90	
HERCEPTIN HYLECTA	10	
HERZUMA	10	
HIBERIX.....	90	
HM STERILE PADS	159	
HM ULTICARE INSULIN		
SYRINGE.....	159	
HM ULTICARE SHORT PEN		
NEEDLES	159	
HUMIRA (2 PEN)	85	
HUMIRA (2 SYRINGE).....	85	
HUMIRA-CD/UC/HS		
STARTER	85	
HUMIRA-PED<40KG		
CROHNS STARTER.....	85	
HUMIRA-PED>=40KG		
CROHNS START	85	
HUMIRA-PED>=40KG UC		
STARTER	85	
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS		
STARTER	85	
HUMIRA-PSORIASIS/UEIT		
STARTER	85	
HUMULIN R U-500		
(CONCENTRATED)	31	
HUMULIN R U-500		
KWIKPEN.....	31	
hydralazine hcl	50	
hydrochlorothiazide	54	
hydrocodone-acetaminophen	103	
hydrocortisone	57, 70, 79	
hydrocortisone (perianal).....	70	
hydrocortisone valerate	70	
hydrocortisone-acetic acid	95	
hydromorphone hcl.....	103	
hydroxychloroquine sulfate ..	36,	
37		
hydroxyurea	10	
hydroxyzine hcl	131	
hydroxyzine pamoate	99	
I		
ibandronate sodium	58	
IBRANCE.....	10	
ibu	101	
ibuprofen.....	101	
icatibant acetate	50	
iclevia.....	115	
ICLUSIG	10	
icosapent ethyl	53	
IDHIFA.....	10	
ifosfamide.....	10	
ILEVRO.....	97	
imatinib mesylate	11	
IMBRUVICA	11	
IMDELLTRA	11	
imipenem-cilastatin	107	
imipramine hcl	127	
imiquimod	71	
IMJUDO	11	
IMKELDI.....	11	
IMOVAX RABIES	91	
IMPAVIDO.....	37	
incassia	115	
INCONTROL ULTICARE PEN		
NEEDLES.....	159	
INCRELEX.....	80	
indapamide.....	54	
indomethacin.....	101	
INFANRIX	91	
infliximab	86	
INGREZZA.....	61	
INLYTA.....	11	
INPEN 100-BLUE-LILLY-		
HUMALOG	159	
INPEN 100-BLUE-		
NOVOLOG-FIASP.....	160	
INQOVI	11	
INREBIC.....	11	
insulin asp prot & asp flexpen	31	
INSULIN ASPART	31	
INSULIN ASPART FLEXPEN		
.....	31	
INSULIN ASPART PENFILL		
.....	31	
insulin aspart prot & aspart ..	31	
INSULIN SYRINGE	160	
INSULIN SYRINGE/NEEDLE		
.....	160	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE		
U-100	160	
INSUPEN PEN NEEDLES 160,		
161		
INSUPEN ULTRAFIN.....	161	
INTELENCE.....	133	
INTRON A.....	137	
introvale	115	
INVEGA HAFYERA	41	
INVEGA SUSTENNA	42	
INVEGA TRINZA.....	42	

INVELTYS	97
IPOL	91
<i>ipratropium bromide</i>	67, 98
<i>ipratropium-albuterol</i>	67
<i>irbesartan</i>	50
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	50
ISENTRESS	133
ISENTRESS HD	133
<i>isibloom</i>	115
<i>isoniazid</i>	131
<i>isosorbide dinitrate</i>	56
<i>isosorbide mononitrate</i>	56
<i>isosorbide mononitrate er</i>	56
ITOVEBI.....	11
<i>itraconazole</i>	130
<i>ivabradine hcl</i>	50
<i>ivermectin</i>	37
IWILFIN.....	11
IXCHIQ.....	91
IXIARO.....	91
J	
J & J GAUZE	161
JAKAFI	11
<i>jantoven</i>	188
JANUMET	27
JANUMET XR.....	27
JANUVIA.....	27
JARDIANCE.....	28
<i>javygtor</i>	190
JAYPIRCA.....	11, 12
JEMPERLI	12
<i>jencycla</i>	115
JENTADUETO	28
JENTADUETO XR.....	28
<i>jolessa</i>	115
<i>juleber</i>	115
JULUCA.....	133
<i>junel 1.5/30</i>	115
<i>junel 1/20</i>	115
<i>junel fe 1.5/30</i>	115
<i>junel fe 1/20</i>	115

<i>junel fe 24</i>	115
JYLAMVO	12
JYNNEOS	91
K	
KALYDECO	63, 64
<i>kariva</i>	115
<i>kelnor 1/35</i>	115
<i>kelnor 1/50</i>	115
KENDALL HYDROPHILIC FOAM DRESS	161
KENDALL HYDROPHILIC FOAM PLUS.....	161
KERENDIA.....	56
KESIMPTA	61
<i>ketoconazole</i>	130
<i>ketorolac tromethamine</i> . 97, 102	
KEYTRUDA	12
KIMMTRAK.....	12
KINERET	86
KINRAY INSULIN SYRINGE	161
KINRIX	91
<i>kionex</i>	74
KISQALI (200 MG DOSE)... 12	
KISQALI (400 MG DOSE)... 12	
KISQALI (600 MG DOSE)... 12	
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	12
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	12
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	12
KLISYRI (250 MG)	71
<i>klor-con m10</i>	185
<i>klor-con m15</i>	186
<i>klor-con m20</i>	186
KLOXXADO.....	25
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G.....	161
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G	161
KOSELUGO.....	12

KOSHER PRENATAL PLUS IRON.....	191
KRAZATI.....	12
KROGER PEN NEEDLES..	161
<i>kurvelo</i>	115
KYLEENA.....	115
KYNMOBI	38
KYNMOBI TITRATION KIT	38
L	
<i>labetalol hcl</i>	48
<i>lacosamide</i>	122
<i>lactulose</i>	74
<i>lamivudine</i>	133
<i>lamivudine-zidovudine</i>	134
<i>lamotrigine</i>	122
LANREOTIDE ACETATE... 80	
<i>lansoprazole</i>	73
LANTUS.....	31
LANTUS SOLOSTAR	31
<i>lapatinib ditosylate</i>	12
<i>larin 1.5/30</i>	115
<i>larin 1/20</i>	115
<i>larin 24 fe</i>	115
<i>larin fe 1.5/30</i>	115
<i>larin fe 1/20</i>	115
<i>larissia</i>	116
<i>latanoprost</i>	94
LAZCLUZE	12, 13
LEADER UNIFINE PENTIPS	161
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	161
<i>leflunomide</i>	86
<i>lenalidomide</i>	13
LENTOCILIN.....	110
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	13
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	13
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	13

LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	13	LILETTA (52 MG).....	116	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	14
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	13	<i>lillow</i>	116	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	80
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	13	<i>linezolid</i>	106	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	80
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	13	LINZESS	74	<i>lurasidone hcl</i>	43
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	13	<i>liothyronine sodium</i>	77	<i>lutea</i>	116
<i>lessina</i>	116	<i>lisinopril</i>	55	LYBALVI.....	43
<i>letrozole</i>	13	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	55	<i>lyleq</i>	116
<i>leucovorin calcium</i>	99	LITETOUCH INSULIN SYRINGE	161, 162	LYNPARZA	14
LEUKERAN	13	LITETOUCH PEN NEEDLES	162	LYSODREN	14
<i>leuprolide acetate</i>	13	<i>lithium</i>	61	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	14
LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH).....	13	<i>lithium carbonate</i>	61	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	14
<i>levetiracetam</i>	122	LITHIUM CARBONATE	61	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	14
<i>levetiracetam er</i>	122	<i>lithium carbonate er</i>	61	<i>lyza</i>	116
<i>levobunolol hcl</i>	94	LIVTENCITY	136	M	
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	131	LOKELMA.....	74	MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR.....	162, 163
<i>levofloxacin</i>	111	LONSURF	13, 14	<i>magnesium sulfate</i>	186
<i>levofloxacin in d5w</i>	111	<i>loperamide hcl</i>	74	<i>malathion</i>	72
<i>levonest</i>	116	<i>lopinavir-ritonavir</i>	134	<i>maraviroc</i>	134
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	116	LOQTORZI	14	MARGENZA	15
<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i>	116	<i>lorazepam</i>	26	<i>marlissa</i>	116
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	116	<i>lorazepam intensol</i>	26	MARPLAN	127
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	116	LORBRENA.....	14	MATULANE	15
<i>levora 0.15/30 (28)</i>	116	<i>losartan potassium</i>	50	MAVENCLAD (10 TABS) ...	61
<i>levothyroxine sodium</i>	77	<i>losartan potassium-hctz</i>	51	MAVENCLAD (4 TABS)	61
LEXIVA	134	LOTEMAX.....	97	MAVENCLAD (5 TABS)	61
<i>l-glutamine</i>	99	LOTEMAX SM.....	98	MAVENCLAD (6 TABS)	61
LIBERVANT	122	<i>loteprednol etabonate</i>	98	MAVENCLAD (7 TABS)	62
<i>lidocaine</i>	104	<i>lovastatin</i>	53	MAVENCLAD (8 TABS)	62
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	104	<i>low-ogestrel</i>	116	MAVENCLAD (9 TABS)	62
<i>lidocaine viscous hcl</i>	104	<i>loxapine succinate</i>	42	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	163
<i>lidocaine-prilocaine</i>	104	<i>lubiprostone</i>	74	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	163
<i>lidocan</i>	104	LUMAKRAS	14	MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	163
		LUMIGAN	94		
		LUNSUMIO	14		
		LUPRON DEPOT (1-MONTH)	14, 80		
		LUPRON DEPOT (3-MONTH)	14, 80		
		LUPRON DEPOT (4-MONTH)	14		

MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2.....	163	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	15	MONOJECT INSULIN SYRINGE	164
MAYZENT	62	<i>methoxsalen rapid</i>	71	MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE ...	164,
MAYZENT STARTER PACK	62	<i>methsuximide</i>	122	165	
<i>meclizine hcl</i>	35	<i>methylphenidate hcl</i>	62	<i>mono-lynyah</i>	117
MEDIC INSULIN SYRINGE	163	<i>methylprednisolone</i>	79	<i>montelukast sodium</i>	66
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES	163	<i>methylprednisolone acetate</i> ...	79	MORPHINE SULFATE	103
MEDPURA ALCOHOL PADS	163	<i>metoclopramide hcl</i>	74	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	103
<i>medroxyprogesterone acetate</i> 81, 82		<i>metolazone</i>	54	<i>morphine sulfate er</i>	103
<i>mefloquine hcl</i>	37	<i>metoprolol succinate er</i>	48	MOUNJARO	28, 29
<i>megestrol acetate</i>	15, 82	<i>metoprolol tartrate</i>	48	MOVANTIK.....	74
MEIJER ALCOHOL SWABS	163	<i>metronidazole</i>	72, 105, 106	<i>moxifloxacin hcl</i>	95, 111
MEIJER PEN NEEDLES.....	163	<i>metirosine</i>	50	MOXIFLOXACIN HCL.....	111
MEKINIST	15	<i>micafungin sodium</i>	130	MOXIFLOXACIN HCL IN NACL.....	111
MEKTOVI	15	MICONAZOLE 3.....	130	MRESVIA.....	91
<i>meloxicam</i>	102	MICRODOT PEN NEEDLE	163, 164	MULTAQ	47
<i>memantine hcl</i>	27	<i>microgestin 1.5/30</i>	116	<i>mupirocin</i>	72
<i>memantine hcl er</i>	27	<i>microgestin 1/20</i>	116	MVASI.....	15
MENACTRA	91	<i>microgestin 24 fe</i>	116	<i>mycophenolate mofetil</i>	86
MENQUADFI.....	91	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	116	<i>mycophenolate mofetil hcl</i>	86
MENVEO.....	91	<i>microgestin fe 1/20</i>	117	<i>mycophenolate sodium</i>	86
<i>mercaptopurine</i>	15	<i>midodrine hcl</i>	47	N	
<i>meropenem</i>	107	<i>mifepristone</i>	28	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	75
<i>mesalamine</i>	57	<i>mili</i>	117	<i>nabumetone</i>	102
<i>mesalamine er</i>	57	<i>mimvey</i>	78	<i>nafcillin sodium</i>	110
<i>mesna</i>	99	<i>minitran</i>	56	<i>naloxone hcl</i>	25
<i>metformin hcl</i>	28	<i>minocycline hcl</i>	112	<i>naltrexone hcl</i>	25
<i>metformin hcl er</i>	28	<i>minoxidil</i>	56	<i>naproxen</i>	102
<i>methadone hcl</i>	103	MIPLYFFA	138	<i>naratriptan hcl</i>	34
<i>methazolamide</i>	94	<i>mirabegron er</i>	76	NATACYN	95
<i>methenamine hippurate</i>	106	MIRASORB SPONGES.....	164	<i>nateglinide</i>	29
<i>methimazole</i>	77	MIRENA (52 MG)	117	NATPARA.....	58
<i>methocarbamol</i>	191	<i>mirtazapine</i>	127	NAYZILAM	122
<i>methotrexate sodium</i>	15	<i>misoprostol</i>	73	<i>nebivolol hcl</i>	48
METHOTREXATE SODIUM	15	<i>mitoxantrone hcl</i>	15	<i>nefazodone hcl</i>	127
		MM PEN NEEDLES.....	164	NEFAZODONE HCL.....	127
		M-M-R II	91	<i>neomycin sulfate</i>	105
		M-NATAL PLUS	191	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	95
		<i>modafinil</i>	59		
		<i>moexipril hcl</i>	55		
		<i>molindone hcl</i>	43		
		<i>mometasone furoate</i>	70, 98		

<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>.....95, 96	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> 117	ODEFSEY..... 134
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>.....96	<i>norlyda</i> 117	ODOMZO..... 16
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>.....96	<i>norlyroc</i> 117	OFEV..... 64
<i>neo-polycin</i>.....96	<i>nortrel 1/35 (21)</i> 117	OFLOXACIN.....96
<i>neo-polycin hc</i>.....96	<i>nortrel 1/35 (28)</i> 117	OGIVRI..... 16
NERLYNX.....15	<i>nortrel 7/7/7</i> 117	OGSIVEO..... 16
<i>neuac</i>.....72	<i>nortriptyline hcl</i> 127	OJEMDA..... 16
NEULASTA ONPRO.....189	NORVIR..... 134	OJJAARA..... 16
<i>nevirapine</i>.....134	NOVOFINE AUTOCOVER.....165	<i>olanzapine</i> 43
<i>nevirapine er</i>.....134	NOVOFINE PEN NEEDLE..... 165	<i>olmesartan medoxomil</i> 51
NEXLETOL.....53	NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE..... 165	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i> ... 51
NEXLIZET.....53	NOVOLIN 70/30..... 31	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> .. 51
NEXPLANON.....117	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN..... 31	<i>olopatadine hcl</i>.....98
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) .....53	NOVOLIN 70/30 RELION... 31	<i>omega-3-acid ethyl esters</i> 53
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i> 53	NOVOLIN N..... 32	omeprazole..... 73
NIACOR.....53	NOVOLIN N FLEXPEN..... 32	OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5..... 165
NICOTROL NS.....25	NOVOLIN N RELION..... 32	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5..... 165
<i>nifedipine er</i>.....52	NOVOLIN R..... 32	OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5)..... 165
<i>nifedipine er osmotic release</i> ..52	NOVOLIN R FLEXPEN..... 32	OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)..... 165
NIKTIMVO.....86	NOVOLIN R RELION..... 32	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6..... 165
<i>nilutamide</i>.....15	NOVOTWIST PEN NEEDLE 165	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS..... 165
NINLARO.....15	NUBEQA..... 16	OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3)..... 165
<i>nitazoxanide</i>.....37	NUCALA..... 64	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)..... 165
<i>nitisinone</i>.....190	NULOJIX..... 86	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)..... 165
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ..106	NUPLAZID..... 43	OMNIPOD DASH PDM (GEN 4)..... 166
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>.....106	NURTEC..... 34	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)..... 166
<i>nitroglycerin</i>.....56, 57, 99	<i>nyamyc</i> 130	ONAPGO..... 38
NIVA-PLUS.....192	<i>nylia 1/35</i> 117	<i>ondansetron</i> 36
NIVESTYM.....189	<i>nylia 7/7/7</i> 117	<i>ondansetron hcl</i> 35
NORDITROPIN FLEXPRO..81	<i>nymyo</i> 118	ONTRUZANT..... 16
<i>norelgestromin-eth estradiol</i> 117	<i>nystatin</i> 130	ONUREG..... 16
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> ....117	<i>nystatin-triamcinolone</i> 130	
<i>norethindrone</i>.....117	<i>nystop</i> 130	
<i>norethindrone acetate</i>.....82	NYVEPRIA..... 189	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>.....117	O	
<i>norgestimate-eth estradiol</i>....117	OBSTETRIX DHA..... 192	
	OCREVUS..... 62	
	OCREVUS ZUNOVO..... 62	
	octreotide acetate..... 81	

OPDIVO.....	16	PEGASYS	137	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	
OPDIVO QVANTIG.....	16	PEMAZYRE.....	17	.....	111
OPDUALAG.....	16	<i>pemetrexed disodium</i>	17	PIQRAY (200 MG DAILY	
OPSUMIT	100	PEMETREXED DISODIUM	17	DOSE).....	17
ORENCIA	86	<i>pemetrexed ditromethamine</i> ..	17	PIQRAY (250 MG DAILY	
ORENCIA CLICKJECT	86	PEMRYDI RTU	17	DOSE).....	17
ORFADIN	190	PEN NEEDLES	166	PIQRAY (300 MG DAILY	
ORGOVYX.....	81	PENBRAYA.....	91	DOSE).....	17
ORLISSA	81	<i>penicillamine</i>	104	<i>pirfenidone</i>	64
ORKAMBI	64	<i>penicillin g potassium</i>	110	<i>pirmella 1/35</i>	118
ORSERDU	16	<i>penicillin g procaine</i>	110	<i>pirmella 7/7/7</i>	118
<i>oseltamivir phosphate</i> ..	136, 137	<i>penicillin v potassium</i>	111	<i>pitavastatin calcium</i>	53
OTEZLA	86	PENTACEL.....	91	PLEGRIDY.....	62
<i>oxandrolone</i>	77	<i>pentamidine isethionate</i>	37	PLEGRIDY STARTER PACK	
<i>oxcarbazepine</i>	122	PENTIPS	166	.....	62
<i>oxybutynin chloride</i>	76	PENTIPS GENERIC PEN		PNV PRENATAL PLUS	
<i>oxybutynin chloride er</i>	76	NEEDLES	166	MULTIVITAMIN.....	192
<i>oxycodone hcl</i>	103	<i>pentoxifylline er</i>	189	PNV TABS 29-1	192
<i>oxycodone-acetaminophen</i> ...	104	<i>perindopril erbumine</i>	55	PNV-DHA+DOCUSATE	192
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		<i>periogard</i>	68	PNV-OMEGA.....	192
MG/DOSE).....	29	<i>permethrin</i>	72	<i>podofilox</i>	72
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	29	<i>perphenazine</i>	43	<i>polycin</i>	96
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	29	<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	127	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	96
P		PERSERIS	43	POMALYST	17
<i>pacerone</i>	47	<i>phenelzine sulfate</i>	127	<i>portia-28</i>	118
PACLITAXEL PROTEIN-		<i>phenobarbital</i>	122, 123	<i>posaconazole</i>	130
BOUND PART	17	<i>phenytek</i>	123	<i>potassium chloride</i>	186
<i>paliperidone er</i>	43	<i>phenytoin</i>	123	<i>potassium chloride crys er</i> ...	186
PANRETIN	71	<i>phenytoin sodium</i>	123	<i>potassium chloride er</i>	186
<i>pantoprazole sodium</i>	73	<i>phenytoin sodium extended</i> ..	123	<i>potassium citrate er</i>	186
<i>paricalcitol</i>	58	PIFELTRO.....	134	<i>pramipexole dihydrochloride</i> .	38
<i>paromomycin sulfate</i>	37	<i>pilocarpine hcl</i>	68, 94	<i>prasugrel hcl</i>	189
<i>paroxetine hcl</i>	127	<i>pimecrolimus</i>	70	<i>pravastatin sodium</i>	53
<i>paroxetine hcl er</i>	127	<i>pimozide</i>	43	<i>praziquantel</i>	37
PAXLOVID (150/100).....	137	<i>pimtrea</i>	118	<i>prazosin hcl</i>	47
PAXLOVID (300/100).....	137	<i>pioglitazone hcl</i>	29	PRECISION SUREDOSE	
<i>pazopanib hcl</i>	17	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>		PLUS SYR.....	167
PC UNIFINE PENTIPS	166	.....	29	PRECISION SURE-DOSE	
PEDIARIX	91	PIP PEN NEEDLES 31G X		SYRINGE	167
PEDVAX HIB.....	91	5MM	166	<i>prednisolone</i>	79
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> ..	76	PIP PEN NEEDLES 32G X		<i>prednisolone acetate</i>	98
<i>peg-3350/electrolytes</i>	76	4MM	166		

<i>prednisolone sodium phosphate</i>	79	<i>probenecid</i>	34	QC BORDER ISLAND	
<i>prednisone</i>	79, 80	PROCALAMINE	46	GAUZE	169
PREFERRED PLUS INSULIN		<i>prochlorperazine</i>	36	QINLOCK.....	17
SYRINGE.....	167	<i>prochlorperazine edisylate</i> ...	36, 43	QUADRACEL	92
PREFERRED PLUS UNIFINE		<i>prochlorperazine maleate</i>	36	<i>quetiapine fumarate</i>	44
PENTIPS	167	<i>procto-med hc</i>	70	<i>quetiapine fumarate er</i>	44
<i>pregabalin</i>	123	<i>procto-pak</i>	70	QUICK TOUCH INSULIN	
PREHEVBRIO.....	91	<i>proctosol hc</i>	70	PEN NEEDLE	169
PREMARIN	78	<i>proctozone-hc</i>	71	<i>quinapril hcl</i>	56
PREMPHASE	78	PRODIGY INSULIN		<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	56
PREMPRO	79	SYRINGE	168	<i>quinidine sulfate</i>	47
PRENA 1 TRUE	192	<i>progesterone</i>	82	<i>quinine sulfate</i>	37
PRENAISSANCE	192	PROGRAF	87	QULIPTA	34
PRENAISSANCE PLUS	192	PROLIA.....	58	R	
PRENATABS FA	192	PROMACTA.....	189, 190	RA ALCOHOL SWABS	169
PRENATAL	192	<i>promethazine hcl</i>	36	RA INSULIN SYRINGE....	169
PRENATAL 19	192	<i>promethegan</i>	36	<i>ra isopropyl alcohol wipes</i> ...	169
PRENATAL PLUS IRON ...	192	<i>propafenone hcl</i>	47	RA PEN NEEDLES.....	169
PRENATAL-U.....	192	<i>propafenone hcl er</i>	47	RA STERILE	169
PREPLUS	192	<i>propranolol hcl</i>	48	RABAVERT	92
PRETAB.....	192	<i>propranolol hcl er</i>	48	<i>rabeprazole sodium</i>	74
<i>prevalite</i>	53	<i>propylthiouracil</i>	77	RALDESY	128
PREVENT DROPSAFE PEN		PROQUAD.....	92	<i>raloxifene hcl</i>	79
NEEDLES	167	<i>protriptyline hcl</i>	128	<i>ramipril</i>	56
PREVENT SAFETY PEN		PULMOZYME.....	190	<i>ranolazine er</i>	50
NEEDLES	167	PURE COMFORT ALCOHOL		<i>rasagiline mesylate</i>	38
<i>previfem</i>	118	PREP.....	168	RASUVO	87
PREVYMIS.....	137	PURE COMFORT PEN		RAYA SURE PEN NEEDLE	
PREZCOBIX.....	134	NEEDLE.....	168	.....	169, 170
PREZISTA	134	PURE COMFORT SAFETY		RAYALDEE	58
PRIFTIN.....	131	PEN NEEDLE	168	REALITY INSULIN SYRINGE	
PRIMAQUINE PHOSPHATE		PURIXAN	17	.....	170
.....	37	PX SHORTLENGTH PEN		REALITY SWABS.....	170
<i>primidone</i>	123	NEEDLES	168	<i>reclipsen</i>	118
PRIORIX.....	92	<i>pyrazinamide</i>	131	RECOMBIVAX HB	92
PRO COMFORT ALCOHOL		<i>pyridostigmine bromide</i>	99	RELENZA DISKHALER....	137
.....	167	<i>pyrimethamine</i>	37	RELION ALCOHOL SWABS	
PRO COMFORT INSULIN		Q		.....	170
SYRINGE.....	167, 168	QC ALCOHOL	168	RELION INSULIN SYRINGE	
PRO COMFORT PEN		QC ALCOHOL SWABS....	168	.....	170
NEEDLES	168			RELI-ON INSULIN SYRINGE	
				.....	170

RELION MINI PEN NEEDLES	170	ROZLYTREK	18	sevelamer hcl	75
RELION PEN NEEDLES	170	RUBRACA	18	SEZABY	123
repaglinide	29	rufinamide.....	123	sf 5000 plus	68
REPATHA	53	RUKOBIA	135	sharobel.....	118
REPATHA PUSHTRONEX		RUXIENCE	18	SHINGRIX	92
SYSTEM	53	RYBELSUS.....	29	SIGNIFOR	81
REPATHA SURECLICK	54	RYBELSUS (FORMULATION		sildenafil citrate	100
RESTORE CONTACT LAYER		R2)	29	silver sulfadiazine	72
.....	170	RYBREVANT.....	19	SIMBRINZA.....	94
RETACRIT	190	RYDAPT	19	simliya	118
RETEVMO.....	18	RYKINDO.....	44	simvastatin	54
RETROVIR.....	134	RYTELO	19	sirolimus.....	87
REVUFORJ.....	18	S		SIRTURO	131
REXULTI.....	44	SAFETY INSULIN		SKYLA	118
REYATAZ	134	SYRINGES.....	171	SKYRIZI.....	87
REZLIDHIA.....	18	SAFETY PEN NEEDLES...	171	SKYRIZI (150 MG DOSE) ..	87
REZUROCK	87	SANTYL	72	SKYRIZI PEN	87
RHOPRESSA.....	94	sapropterin dihydrochloride	190	SM ALCOHOL PREP	171
RIABNI	18	SAVELLA.....	63	SM GAUZE	171
ribavirin.....	138	SAVELLA TITRATION PACK		sodium chloride.....	186, 187
rifabutin.....	131	.....	63	sodium fluoride	68
rifampin	131	SB ALCOHOL PREP.....	171	SODIUM FLUORIDE 5000	
riluzole.....	63	SB INSULIN SYRINGE	171	SENSITIVE	68
RINVOQ	87	SCSEMBLIX	19	sodium oxybate.....	59
RINVOQ LQ.....	87	scopolamine	36	sodium polystyrene sulfonate	74
risperidone	44	SECUADO	44	solifenacin succinate	76
risperidone microspheres er...	44	SECURESAFE INSULIN		SOLQUA	32
ritonavir.....	134	SYRINGE.....	171	SOLTAMOX	19
RITUXAN HYCELA.....	18	SECURESAFE SAFETY PEN		SOMATULINE DEPOT.....	81
rivastigmine	27	NEEDLES	171	SOMAVERT.....	81
rivastigmine tartrate.....	27	SELARSDI	87	sorafenib tosylate	19
rizatriptan benzoate.....	34	SELECT-OB.....	192	sorine.....	48
ROCKLATAN	94	selegiline hcl.....	38	sotalol hcl.....	48
roflumilast	64	selenium sulfide	72	sotalol hcl (af)	48
ROMVIMZA.....	18	SELZENTRY	135	SPIRIVA RESPIMAT	67
ropinirole hcl.....	38	SEMGLEE (YFGN)	32	spironolactone.....	54
ropinirole hcl er	38	SE-NATAL 19.....	192	spironolactone-hctz.....	54
rosadan.....	72	SEREVENT DISKUS	67	SPRAVATO (56 MG DOSE)	
rosuvastatin calcium	54	SEROSTIM	81	.....	128
ROTARIX	92	sertraline hcl.....	128	SPRAVATO (84 MG DOSE)	
ROTATEQ	92	setlakin.....	118	.....	128
		sevelamer carbonate.....	75	sprintec 28.....	118

SPRITAM.....	123	SYNJARDY	29	TERIPARATIDE.....	58
<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i>	75	SYNJARDY XR.....	29, 30	TERUMO INSULIN SYRINGE	
<i>sronyx</i>	118	SYNRIBO.....	19	.....	173
<i>ssd</i>	72	T		<i>testosterone</i>	77, 78
STELARA.....	88	TABLOID.....	19	<i>testosterone cypionate</i>	77
STERILE.....	171	TABRECTA	19	<i>testosterone enanthate</i>	77
STERILE GAUZE	171	<i>tacrolimus</i>	71, 88	<i>tetrabenazine</i>	63
STIOLTO RESPIMAT	67	<i>tadalafil</i>	100	<i>tetracycline hcl</i>	112
STIVARGA.....	19	TAFINLAR	19	TEVIMBRA.....	20
STRENSIQ.....	190	<i>tafluprost (pf)</i>	94	THALOMID	99
<i>streptomycin sulfate</i>	105	TAGRISSE.....	19	<i>theophylline</i>	67
STRIBILD.....	135	TALVEY	19	<i>theophylline er</i>	67
STRIVERDI RESPIMAT	67	TALZENNA.....	20	THERAGAUZE.....	173
<i>subvenite</i>	123	<i>tamoxifen citrate</i>	20	<i>thioridazine hcl</i>	44
<i>sucrafate</i>	74	<i>tamsulosin hcl</i>	76	<i>thiothixene</i>	44
<i>sulfacetamide sodium</i>	96	<i>tarina 24 fe</i>	118	<i>tiadylt er</i>	49
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	96	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	118	<i>tiagabine hcl</i>	124
<i>sulfadiazine</i>	111	TARON-C DHA.....	193	TIBSOVO	20
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>		TARON-PREX.....	193	TICE BCG	20
.....	111	TASIGNA.....	20	TICOVAC.....	92
<i>sulfasalazine</i>	57	TAVNEOS.....	88	TIGECYCLINE	112
<i>sulindac</i>	102	<i>tazarotene</i>	73	<i>tilia fe</i>	118
<i>sumatriptan</i>	35	<i>tazicef</i>	108	<i>timolol hemihydrate</i>	94
<i>sumatriptan succinate</i>	35	TAZICEF	108	<i>timolol maleate</i>	48, 95
<i>sumatriptan succinate refill</i>	35	<i>taztia xt</i>	49	<i>tinidazole</i>	37
<i>sunitinib malate</i>	19	TAZVERIK	20	<i>tiotropium bromide</i>	
SUNLENCA.....	135	TDVAX	92	.....	67
SURE COMFORT ALCOHOL		TECHLITE PLUS PEN		monohydrate	67
PREP	172	NEEDLES	173	TIVDAK	20
SURE COMFORT INSULIN		TECVAYLI	20	TIVICAY	135
SYRINGE.....	172	TEFLARO	108	TIVICAY PD	135
SURE COMFORT PEN		<i>telmisartan</i>	51	<i>tizanidine hcl</i>	191
NEEDLES	172, 173	<i>telmisartan-hctz</i>	51	TOBI PODHALER.....	105
SURE-JECT INSULIN		<i>temazepam</i>	26	<i>tobramycin</i>	96, 105
SYRINGE.....	173	TEMIXYS	135	<i>tobramycin pak</i>	105
SURE-PREP ALCOHOL PREP		TENIVAC.....	92	<i>tobramycin sulfate</i>	105
.....	173	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>		<i>tobramycin-dexamethasone</i> ...	96
SURGICAL GAUZE SPONGE		.....	135	TODAYS HEALTH PEN	
.....	173	TEPMETKO.....	20	NEEDLES.....	173
SUTAB.....	76	<i>terazosin hcl</i>	76	TODAYS HEALTH SHORT	
SYMPAZAN.....	124	<i>terbinafine hcl</i>	130	PEN NEEDLE	173
SYM TUZA.....	135	<i>terconazole</i>	105	<i>tolterodine tartrate</i>	76
				<i>tolterodine tartrate er</i>	76

TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES	173	<i>tri-linyah</i>	118	TRUQAP.....	21
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR	174	<i>tri-lo-estarylla</i>	118	TRUXIMA	21
<i>topiramate</i>	124	<i>tri-lo-marzia</i>	119	TUKYSA	21
<i>toposar</i>	20	<i>tri-lo-mili</i>	119	TURALIO	21
<i>toremifene citrate</i>	20	<i>tri-lo-sprintec</i>	119	<i>turqoz</i>	119
<i>torpenz</i>	20	<i>trimethoprim</i>	106	TWINRIX	93
<i>torse mide</i>	54, 55	<i>tri-mili</i>	119	TYBOST	99
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	32	<i>trimipramine maleate</i>	128	TYENNE.....	88
TOUJEO SOLOSTAR	32	TRINTELLIX.....	128	TYMLOS	58
TRADJENTA.....	30	<i>tri-nymyo</i>	119	TYPHIM VI.....	93
<i>tramadol hcl</i>	104	<i>tri-previfem</i>	119	U	
<i>tramadol-acetaminophen</i>	104	<i>tri-sprintec</i>	119	UBREL VY	35
<i>trandolapril</i>	56	TRIUM EQ	135	ULTICARE INSULIN SAFETY SYR.....	177
<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	56	TRIUM EQ PD	135	ULTICARE INSULIN SYRINGE	177, 178
<i>tranexamic acid</i>	187	TRIVEEN-DUO DHA	193	ULTICARE MICRO PEN NEEDLES.....	178
<i>tranylcypromine sulfate</i>	128	<i>trivora (28)</i>	119	ULTICARE MINI PEN NEEDLES.....	178
<i>travoprost (bak free)</i>	95	<i>tri-vylibra</i>	119	ULTICARE PEN NEEDLES	178
TRAZIMERA.....	20	<i>tri-vylibra lo</i>	119	ULTICARE SHORT PEN NEEDLES.....	178
<i>trazodone hcl</i>	128	TRIZIVIR	135	ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE	178, 179
TRECATOR.....	131	TROGARZO	135	ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE	179
TRELEGY ELLIPTA	68	<i>trospium chloride</i>	77	ULILET ALCOHOL SWABS	179
TRELSTAR MIXJECT	21	<i>trospium chloride er</i>	77	ULILET INSULIN SYRINGE	179, 180
TREMFYA.....	88	TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	174	ULILET INSULIN SYRINGE SHORT	180
TREMFYA ONE-PRESS	88	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	174	ULILET PEN NEEDLE	180
TREMFYA PEN	88	TRUE COMFORT PEN NEEDLES	174, 175	ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	180
TRESIBA	32	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP.....	175	ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES.....	180
TRESIBA FLEXTOUCH	32	TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR	175	ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT	180, 181
<i>tretinoin</i>	21, 73	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	175		
<i>tri femynor</i>	118	TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES	176		
<i>triamcinolone acetonide</i> ..68, 71, 80		TRUEPLUS INSULIN SYRINGE.....	176		
<i>triamterene-hctz</i>	55	TRUEPLUS PEN NEEDLES	176, 177		
<i>triazolam</i>	26	TRULICITY	30		
<i>trientine hcl</i>	105	TRUMENBA.....	93		
<i>tri-estarylla</i>	118				
<i>trifluoperazine hcl</i>	44				
<i>trifluridine</i>	96				
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	38				
TRIJARDY XR.....	30				
<i>tri-legest fe</i>	118				

ULTRA FLO INSULIN		
SYRINGE.....	181	
ULTRA THIN PEN NEEDLES		
.....	181	
ULTRACARE INSULIN		
SYRINGE.....	181, 182	
ULTRACARE PEN NEEDLES		
.....	182	
ULTRA-COMFORT INSULIN		
SYRINGE.....	182	
ULTRA-THIN II INS SYR		
SHORT.....	182	
ULTRA-THIN II INSULIN		
SYRINGE.....	182, 183	
ULTRA-THIN II MINI PEN		
NEEDLE	183	
ULTRA-THIN II PEN		
NEEDLE SHORT	183	
ULTRA-THIN II PEN		
NEEDLES	183	
UNIFINE PEN NEEDLES...	183	
UNIFINE PENTIPS	183	
UNIFINE PENTIPS PLUS ..	183	
UNIFINE PROTECT PEN		
NEEDLE	183	
UNIFINE SAFECONTROL		
PEN NEEDLE.....	183, 184	
UNIFINE ULTRA PEN		
NEEDLE	184	
UPTRAVI.....	100	
UPTRAVI TITRATION	100	
<i>ursodiol</i>	75	
URSODIOL.....	75	
UZEDY	45	
V		
<i>valacyclovir hcl</i>	138	
VALCHLOR	72	
<i>valganciclovir hcl</i>	138	
<i>valproate sodium</i>	124	
<i>valproic acid</i>	124	
<i>valsartan</i>	51	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>		
.....	51	
VALTOCO 10 MG DOSE ..	124	
VALTOCO 15 MG DOSE ..	124	
VALTOCO 20 MG DOSE ..	124	
VALTOCO 5 MG DOSE	124	
<i>valtya 1/50</i>	119	
VALUE HEALTH INSULIN		
SYRINGE	184	
<i>vancomycin hcl</i>	106	
VANCOMYCIN HCL.....	106	
VANFLYTA.....	21	
VANISHPOINT INSULIN		
SYRINGE	184	
VAQTA	93	
<i>varenicline tartrate</i>	25	
VARENICLINE TARTRATE		
.....	25	
<i>varenicline tartrate (starter)</i> ..	25	
VARIVAX.....	93	
VAXCHORA.....	93	
VEGZELMA	21	
VELTASSA.....	75	
VEMLIDY	135	
VENCLEXTA	21	
VENCLEXTA STARTING		
PACK.....	21	
<i>venlafaxine hcl</i>	128	
<i>venlafaxine hcl er</i>	128	
VEOZAH.....	99	
<i>verapamil hcl</i>	49	
<i>verapamil hcl er</i>	49	
VERAPAMIL HCL ER.....	49	
VERIFINE INSULIN PEN		
NEEDLE.....	184	
VERIFINE INSULIN		
SYRINGE.....	184, 185	
VERIFINE PLUS PEN		
NEEDLE.....	185	
VERQUVO.....	50	
VERSACLOZ.....	45	
VERZENIO	21	
V-GO 20.....	185	
V-GO 30.....	185	
V-GO 40.....	185	
<i>vienva</i>	119	
<i>vigabatrin</i>	124	
<i>vigadrone</i>	124	
<i>vigpoder</i>	124	
<i>vilazodone hcl</i>	128	
VIMKUNYA	93	
<i>vinorelbine tartrate</i>	21	
<i>violele</i>	119	
VIRACEPT	136	
VIREAD	136	
VIRT-C DHA.....	193	
VIRT-NATE DHA.....	193	
VIRT-PN DHA	193	
VIRT-PN PLUS	193	
VITAFOL GUMMIES.....	193	
VITAFOL-NANO.....	193	
VITAFOL-OB+DHA.....	193	
VITRAKVI	21, 22	
VIVOTIF.....	93	
VIZIMPRO	22	
VOCABRIA.....	136	
<i>volnea</i>	119	
VONJO	22	
VORANIGO	22	
<i>voriconazole</i>	130, 131	
VOSEVI.....	136	
VOWST	99	
VP INSULIN SYRINGE	185	
VP-PNV-DHA	193	
VRAYLAR	45	
VUMERITY	63	
VYALEV	38	
<i>vylibra</i>	119	
VYLOY.....	22	
VYZULTA.....	95	
W		
<i>warfarin sodium</i>	188	
WEBCOL ALCOHOL PREP		
LARGE	185	



Este formulario se actualizó el **01/01/2025**. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con Astiva Health, Inc's departamento de Servicio al miembro al 1-866-688-9021. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00AM a 8:00PM, siete días a la semana de Octubre 1-Marzo 31, y 8:00AM a 8:00PM de Lunes-Viernes, excepto festivos importantes de Abril 1- Septiembre 30, o visite 8:00AM a 8:00PM www.astivahealth.com