



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 17

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 **08/01/2025**. 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 **08/01/2024**. 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 **07/01/2025**. 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 8. 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 8. 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 Astiva 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 Astiva Health, Inc. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Astiva Health, Inc.
- Puede solicitar que Astiva 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 Astiva Health, Inc?

Puede solicitarle a Astiva 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, Astiva 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, Astiva 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.....	65
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO	66
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....	67
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO	70
AGENTES DENTALES Y ORALES.....	75
AGENTES DERMATOLÓGICOS	76
AGENTES GASTROINTESTINALES	80
AGENTES GENITOURINARIOS.....	83
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR.....	84
AGENTES INMUNOLÓGICOS	89
AGENTES OFTÁLMICOS	101
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA	102
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS.....	106

AGENTES VASODILATADORES	107
ANALGÉSICOS.....	108
ANESTÉSICOS.....	112
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS	112
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA).....	112
ANTIBACTERIANOS.....	113
ANTICONCEPTIVOS.....	120
ANTICONVULSIVOS.....	127
ANTIDEPRESIVOS	133
ANTIFÚNGICOS.....	137
ANTIISTAMÍNICOS	139
ANTIMICOBACTERIALES	139
ANTIVIRALES (SITÉMICO).....	140
COFACTORES ENZIMÁTICOS/OTROS	146
DISPOSITIVOS	146
PREPARACIONES DE REEMPLAZO	195
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN.....	196
REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA	199
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS	200
VITAMINAS Y MINERALES	201

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

08/01/2025

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)	2	PA NSO; 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)
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK 0.8 & 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (66 EA per 28 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

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 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)
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)

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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)
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

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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)
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, (Sprycel) 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg (Sprycel)</i>	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 (Doxil) intravenous suspension 2 mg/ml</i>	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
EMRELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 20 MG	5	PA NSO; NDS
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8ML, 48 MG/0.8ML	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
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)
<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
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	5	NDS
<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

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>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
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	

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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	
<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)

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
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)
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)

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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)
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

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
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)
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

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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)
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	

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>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)
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)

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
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)
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

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 EA per 30 days)
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

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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
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
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
SCEMBLIX 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

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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
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 (nilotinib hcl)	5	PA NSO; NDS; QL (112 EA per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG (nilotinib hcl)	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)

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<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
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)

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
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)
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)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML (bendamustine hcl)	5	PA NSO; NDS
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, 300 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

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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)
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)

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
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
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
<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)

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> (Suboxone) <i>sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	4	NDS; QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> <i>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	
<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)
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg, 1 mg (56 pack)</i> (Chantix)	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)

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

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
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)
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)

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<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)
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)

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 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)
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 EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG (dapagliflozin pro-metformin er)	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 EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG (dapagliflozin pro-metformin er)	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)

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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)
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 subcutaneous suspension pen-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 subcutaneous suspension (70-30) 100 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)

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 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)
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)
SOLQUA 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

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
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
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		

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 Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i> (Mitigare)	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<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		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	3	PA; MO; QL (1 ML per 30 days)
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)

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
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)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act, 5 mg/act</i>	2	QL (12 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	1	QL (9 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	QL (18 EA per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	4	NDS; QL (4 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate solution auto-injector 4 mg/0.5ml subcutaneous</i> (Imitrex STATdose System)	2	QL (4 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	2	QL (5 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml</i> (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		
<i>Agentes Antinausea</i>		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	2	PA BvD; QL (2 EA per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	2	PA BvD; QL (1 EA per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i> (Emend TriPack)	2	PA BvD
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend BiPack)	2	PA BvD; QL (4 EA per 28 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	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>dronabinol oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	4	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>dronabinol oral capsule 2.5 mg</i> (Marinol)	4	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>	1	
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i> (Dramamine)	1	
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	4	PA BvD; NDS
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<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		
<i>Agentes Antiparasitarios</i>		
<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	

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>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)
<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>	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

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>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	
<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

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>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)
AGENTES ANTIPSICÓTICOS		
<i>Agentes Antipsicóticos</i>		
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 (2 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	5	NDS; QL (2 EA per 28 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)

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
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)
<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)

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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)
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</i> (Haldol Decanoate)	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	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	

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>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)
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)

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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
<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, 7.5 mg</i>	2	MO
<i>olanzapine oral tablet 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (ZyPREXA)	2	MO
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	MO
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	5	ST; 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>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	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (SEROquel XR)	2	MO
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (SEROquel)	2	MO
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>	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	NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg</i> (RisperDAL Consta)	2	QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i> (RisperDAL Consta)	5	NDS; QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (RisperDAL)	2	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	1	MO
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (RisperDAL)	1	MO
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	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

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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)
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	MO
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	MO
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

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>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)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	5	NDS; QL (1 EA per 28 days)
AGENTES CALÓRICOS		
<i>Agentes Calóricos</i>		
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		
<i>Agentes Alfa-Adrenérgicos</i>		
<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

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>clonidine transdermal patch weekly</i> (Catapres-TTS-2) 0.2 mg/24hr	2	MO
<i>clonidine transdermal patch weekly</i> (Catapres-TTS-3) 0.3 mg/24hr	2	MO
<i>doxazosin mesylate oral tablet</i> 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg (Cardura)	1	MO
<i>droxidopa oral capsule</i> 100 mg, 200 mg, 300 mg (Northera)	5	PA; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>guanfacine hcl oral tablet</i> 1 mg, 2 mg	2	MO
<i>midodrine hcl oral tablet</i> 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
<i>prazosin hcl oral capsule</i> 1 mg, 2 mg, 5 mg	2	MO
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl oral tablet</i> 100 mg, 200 mg (Pacerone)	2	MO
<i>amiodarone hcl oral tablet</i> 400 mg	2	MO
<i>dofetilide oral capsule</i> 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg (Tikosyn)	2	MO
<i>flecainide acetate oral tablet</i> 100 mg, 150 mg, 50 mg	2	MO
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	MO
<i>pacerone oral tablet</i> 100 mg, 200 mg (Pacerone)	2	MO
<i>pacerone oral tablet</i> 400 mg	2	MO
<i>propafenone hcl er oral capsule</i> extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg	2	MO
<i>propafenone hcl oral tablet</i> 150 mg, 225 mg, 300 mg	2	MO
<i>quinidine sulfate oral tablet</i> 200 mg, 300 mg	2	MO
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol hcl oral capsule</i> 200 mg, 400 mg	1	MO
<i>atenolol oral tablet</i> 100 mg, 25 mg, 50 mg (Tenormin)	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>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	1	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	MO
<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

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 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
<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

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
verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	1	MO
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	3	MO; QL (600 ML per 30 days)
digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg (Digox)	1	MO
digoxin oral tablet 62.5 mcg (Lanoxin)	1	MO
epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml	3	QL (4 EA per 30 days)
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml (Auvi-Q)	3	QL (4 EA per 30 days)
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml (EpiPen Jr 2-Pak)	2	QL (4 EA per 30 days)
epinephrine injection solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml (Auvi-Q)	2	QL (4 EA per 30 days)
hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	MO
icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml	5	PA; NDS; QL (18 ML per 30 days)
icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml (Firazyr)	5	PA; NDS; QL (18 ML per 30 days)
ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg (Corlanor)	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
metyrosine oral capsule 250 mg (Demser)	5	NDS
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 500 mg	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		
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg (Atacand)	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

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet</i> (Atacand HCT) 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	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 (sacubitril-valsartan) MG, 49-51 MG, 97-103 MG	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet</i> 150 mg, 300 mg (Avapro)	6	MO
<i>irbesartan oral tablet</i> 75 mg	6	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet</i> 150-12.5 mg, 300-12.5 mg (Avalide)	6	MO
<i>losartan potassium oral tablet</i> 100 mg, 25 mg, 50 mg (Cozaar)	6	MO
<i>losartan potassium-hctz oral tablet</i> 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg (Hyzaar)	6	MO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet</i> 20 mg, 40 mg, 5 mg (Benicar)	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	6	MO
<i>telmisartan oral tablet</i> 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

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>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	6	MO
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	MO
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	6	MO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	6	MO
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 5-160-12.5 mg</i> (Exforge HCT)	2	
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg</i> (Exforge HCT)	2	MO
<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

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>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
<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)

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<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)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	3	ST; MO; QL (6 ML per 28 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	6	MO; QL (30 EA per 30 days)
Diuréticos		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	MO
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg</i> (Bumex)	2	MO
<i>bumetanide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1	MO
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	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>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	MO
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (tolvaptan)	5	PA; NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	MO
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	MO
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	1	MO
<i>tolvaptan oral tablet therapy pack 15 mg, 30 & 15 mg, 45 & 15 mg, 60 & 30 mg, 90 & 30 mg</i> (Jynarque)	5	PA; NDS; QL (56 EA per 28 days)
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>torsemide 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

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<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
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	6	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i> (Accuretic)	6	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-25 mg</i>	6	MO
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 5 mg</i>	6	MO
<i>ramipril oral capsule 10 mg, 2.5 mg</i> (Altace)	6	MO
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	6	MO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	6	MO
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	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>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	2	MO
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	PA; MO; QL (30 EA per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	MO
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg, 5 mg</i> (Isordil Titrados)	2	MO
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	2	MO
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	MO
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	1	MO
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	2	MO
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Lotronex)	2	MO
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	2	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	4	NDS
<i>budesonide rectal foam 2 mg</i> (Uceris)	2	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i> (Cortenema)	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>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i> (Apriso)	4	NDS
<i>mesalamine er oral capsule extended release 500 mg</i> (Pentasa)	2	MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i> (Lialda)	4	NDS; QL (120 EA per 30 days)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	1	MO
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	4	NDS

AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA

Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica

<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	4	NDS; QL (300 ML per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<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

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>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 SOLUTION PEN- INJECTOR 560 MCG/2.24ML SUBCUTANEOUS	5	PA; NDS; QL (2.48 ML per 28 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>		
<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)

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 DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
<i>Agentes Del Sistema Nervioso Central</i>		
<i>amphetamine-dextroamphetamine 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-dextroamphetamine 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>	2	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (120 EA per 30 days)
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

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
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)
<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

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
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</i> (Lithobid) <i>extended release 300 mg</i>	1	MO
<i>lithium carbonate er oral tablet</i> <i>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
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

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>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)
<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

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
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)
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)

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
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
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
<i>Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados</i>		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT (fluticasone-salmeterol)	3	MO; QL (12 GM per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	3	QL (32.1 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
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 AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT	(fluticasone furoate- vilanterol)	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>breyna inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	(Breyna)	1	MO; QL (30.9 GM per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	(Pulmicort)	2	PA BvD; MO; QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	(Breyna)	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)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>		1	MO; QL (21.2 GM per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	(Wixela Inhub)	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	(Wixela Inhub)	1	MO; QL (60 EA per 30 days)
Antileucotrinicos			
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	(Singulair)	1	MO
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	(Singulair)	1	MO
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	(Accolate)	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
Broncodilatadores		
AIRSUPRA AEROSOL 90-80 MCG/ACT INHALATION	3	QL (32.1 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i> (Ventolin HFA)	2	MO; QL (17 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i> (Ventolin HFA)	2	MO; QL (13.4 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i> (Ventolin HFA)	2	MO; QL (36 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	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)
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)

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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)
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		
<i>Agentes Dentales Y Orales</i>		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	2	MO
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i> (Periogard)	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (Denta 5000 Plus)	1	MO
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i>	1	MO
<i>periogard mouth/throat solution 0.12 %</i> (Periogard)	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen)	2	MO
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (Denta 5000 Plus)	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

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
SODIUM FLUORIDE 5000 SENSITIVE DENTAL GEL 1.1-5 %	1	
<i>sodium fluoride mouth/throat solution 0.2 %</i> (PreviDent)	1	MO
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i> (Kourzeq)	2	
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort external cream 1 %</i> (Aveeno Anti-Itch Max St)	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i> (Diprolene)	2	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dp aug 0.05% gel</i>	2	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	2	
BETAMETHASONE VALERATE EXTERNAL LOTION 0.1 %	2	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol propionate emulsion external foam 0.05 %</i> (Tovet)	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>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol propionate external lotion</i> (Clobex) 0.05 %	4	NDS
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	2	
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	2	
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	3	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<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	

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>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>proctosol hc external cream 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	2	
<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	

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>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)
<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 1 %</i> (Clindacin ETZ)	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)

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>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
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)

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>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)
<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	

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>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	
<i>sps (sodium polystyrene sulf) 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	

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>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	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i> (GaviLyte-N with Flavor Pack)	1	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i> (GaviLyte-G)	1	
SUTAB ORAL TABLET 1479-225-188 MG	3	
AGENTES GENITOURINARIOS		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i> (Uroxatral)	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	1	MO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	MO
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	1	MO
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 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>fesoterodine fumarate er oral tablet</i> (Toviaz) <i>extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	2	MO
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>	2	MO
<i>mirabegron er oral tablet extended</i> (Myrbetriq) <i>release 24 hour 25 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>oxybutynin chloride er oral tablet</i> <i>extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (VESIcare)	1	MO
<i>tolterodine tartrate er oral capsule</i> <i>extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	2	MO
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg</i>	2	MO
<i>tolterodine tartrate oral tablet 2 mg</i> (Detrol)	2	MO
<i>trospium chloride er oral capsule</i> <i>extended release 24 hour 60 mg</i>	4	NDS
<i>trospium 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		

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>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)
<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)

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>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> (Abigale Lo)	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
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>yuvaferm 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	

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>methylprednisolone acetate injection</i> (Depo-Medrol) <i>suspension 40 mg/ml</i>	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
<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 SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 40 UNIT/0.5ML	5	PA; NDS; QL (15 ML per 30 days)
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS PEN-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)
CORTROPHIN 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

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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
LUTRATE DEPOT INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG	4	PA NSO; NDS
NORDITROPIN FLEXPOR 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) 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml	4	NDS
<i>octreotide acetate injection solution</i> 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml	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)

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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)
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (Depo-Provera) <i>intramuscular suspension prefilled</i> <i>syringe 150 mg/ml</i>	1	QL (1 ML per 84 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral</i> (Provera) <i>tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>megestrol acetate oral suspension 40</i> <i>mg/ml</i>	2	PA; PA-HRM
<i>megestrol acetate oral suspension</i> <i>625 mg/5ml</i>	2	PA; MO; PA-HRM
<i>norethindrone acetate oral tablet 5</i> (Gallifrey) <i>mg</i>	2	MO
<i>progesterone oral capsule 100 mg,</i> (Prometrium) <i>200 mg</i>	2	MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	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

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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
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

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
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
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

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
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
<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

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
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/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i> (Remicade)	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 intravenous solution reconstituted 500 mg</i> (CellCept Intravenous)	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> (CellCept)	2	PA BvD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i> (CellCept)	5	PA BvD; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i> (CellCept)	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

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<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
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)

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NDS
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	5	PA; NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aekn) SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	3	PA; MO
SELARSDI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aekn) 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
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

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
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA; NDS; QL (180 EA per 30 days)
TREMFYA CROHNS INDUCTION SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	5	PA; NDS
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	5	PA; NDS
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 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
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	3	PA; MO
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	3	PA; MO

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; NDS
YUFLYMA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 80 MG/0.8ML (adalimumab-aaty (1 pen))	5	PA; NDS
YUFLYMA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML (adalimumab-aaty (2 syringe))	5	PA; NDS
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (adalimumab-aaty (1 pen))	5	PA; NDS
<i>Vacunas</i>		
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
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	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

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
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	3	
DENGAXIA 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 0.5 ML	3	\$0 copay
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	3	\$0 copay
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML	3	\$0 copay
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720 EL U/0.5ML	3	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720 EL U/0.5ML	3	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	3	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	3	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	3	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	3	
IPOLEN INJECTION INJECTABLE	3	\$0 copay
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	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
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 0.5 ML	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
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	

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
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
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	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

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
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		
<i>Agentes Antiglaucoma</i>		
<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	
<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

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>brinzolamide ophthalmic suspension</i> (Azopt) 1 %	2	MO
<i>carteolol hcl ophthalmic solution</i> 1 %	1	MO
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution</i> 2 %	1	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> (Cosopt) <i>ophthalmic solution</i> 2-0.5 %	1	MO
<i>latanoprost ophthalmic solution</i> (Xalatan) 0.005 %	1	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution</i> 0.5 %	1	MO
LUMIGAN OPTHALMIC SOLUTION 0.01 %	3	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet</i> 25 mg, 50 mg	4	NDS
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution</i> 1 %, 2 %, 4 %	2	MO
RHOPRESSA OPTHALMIC SOLUTION 0.02 %	3	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
ROCKLATAN OPTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	3	MO; QL (2.5 ML per 25 days)
SIMBRINZA OPTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	3	MO
<i>tafluprost (pf) ophthalmic solution</i> (Zioptan) 0.0015 %	4	NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>timolol hemihydrate ophthalmic solution</i> 0.5 % (Betimol)	1	MO
<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 OPTHALMIC SOLUTION 0.024 %	4	NDS; QL (5 ML per 30 days)
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA		
<i>Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</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>acetic acid otic solution 2 %</i>	1	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i> (Polycin)	1	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i> (Neo-Polycin HC)	2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	2	QL (7.5 ML per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	1	QL (3.5 GM per 4 days)
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	2	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	2	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i> (Vigamox)	2	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	4	NDS
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i> (Neo-Polycin)	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i> (Maxitrol)	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i> (Maxitrol)	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	2	
<i>neo-polycin hc ophthalmic ointment 1 %</i> (Neo-Polycin 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>neo-polycin ophthalmic ointment 3.5-400-10000</i> (Neo-Polycin)	2	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i> (Ocuflox)	1	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	2	
<i>polycin ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i> (Polycin)	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	1	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	2	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	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	
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)

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>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)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %	3	QL (5 GM per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel 0.5 %</i> (Lotemax)	4	NDS; QL (10 GM per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %</i> (Alrex)	2	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i> (Lotemax)	4	NDS; QL (15 ML per 19 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i> (Nasonex 24HR)	4	NDS; QL (34 GM per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i> (Pred Forte)	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
XIIDRA OPTHALMIC SOLUTION 5 %	3	MO; QL (60 EA per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
atropine sulfate ophthalmic solution 1 %	2	MO
azelastine hcl nasal solution 0.1 %	1	QL (60 ML per 30 days)
azelastine hcl nasal solution 0.15 % (Astepro)	1	QL (30 ML per 25 days)
azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %	2	
azelastine hcl solution 137 mcg/spray nasal	1	QL (60 ML per 30 days)
cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %	1	
epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %	4	NDS
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %	2	MO; QL (30 ML per 28 days)
ipratropium bromide nasal solution 0.06 %	2	MO; QL (15 ML per 10 days)
MIEBO OPTHALMIC SOLUTION 1.338 GM/ML	3	QL (12 ML per 28 days)
olopatadine hcl ophthalmic solution (Pataday) 0.1 %, 0.2 %	1	
AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	5	PA; NDS
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE	3	
BAQSIMI TWO PACK POWDER 3 MG/DOSE NASAL	3	
betaine oral powder (Cystadane)	5	PA; NDS
buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	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
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)
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6ML	3	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.6 MG/0.6ML	3	
AGENTES VASODILATADORES		

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 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		
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 epolamine external patch 1.3 %</i> (Flector)	4	PA; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	MO; 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>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
<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

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>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)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	2	QL (10 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15ml, 10-325 mg/15ml, 7.5-325 mg/15ml</i>	2	QL (2700 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>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	1	QL (240 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i> (Dilaudid)	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 solution 100 mg/5ml</i>	1	PA; QL (180 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 60 mg</i> (MS Contin)	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 mg</i>	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 20 mg</i>	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	2	QL (360 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	2	QL (240 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>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1	QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	QL (300 EA per 30 days)
ANESTÉSICOS		
<i>Anestesia Local</i>		
<i>glydo external prefilled syringe 2 %</i> (Glydo)	1	QL (30 ML per 30 days)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	2	PA; QL (240 GM per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i> (Lidocan)	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe 2 %</i> (Glydo)	1	QL (30 ML per 30 days)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	1	PA; QL (30 GM per 30 days)
<i>lidocan external patch 5 %</i> (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		
<i>Antagonistas De Metales Pesados</i>		
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	5	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu)	2	PA; MO
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	5	PA; NDS
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	5	PA; NDS; QL (240 EA per 30 days)
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)		
<i>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</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>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	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i> (Cleocin Phosphate)	2	HI
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i> (Coly-Mycin M)	5	HI; NDS
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG	5	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
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	5	HI; NDS
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i> (Zyvox)	2	HI
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i> (Zyvox)	5	NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	2	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i> (Hiprex)	2	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	1	HI
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Macrochantin)	1	QL (120 EA per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 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)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
Antibióticos B-Lactam		
Misceláneos		
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i> (Azactam)	2	HI
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 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
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	2	HI
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>	2	HI
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg</i> (Primaxin IV)	2	HI
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	2	HI
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	2	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	2	HI
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	2	HI
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	2	HI
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	4	NDS
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	2	HI
<i>cefpodoxime 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

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

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>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	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 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>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</i>	2	HI
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	2	HI
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	2	HI
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	4	NDS
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/250ML	2	HI
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	2	
MOXIFLOXACIN HCL SOLUTION 400 MG/250ML INTRAVENOUS	2	HI
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i> (Sulfatrim Pediatric)	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	4	NDS
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg</i> (Doxy 100)	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>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i> (Doxy 100)	2	HI
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 150 mg, 20 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i> (TargaDOX)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxine NL)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	4	NDS
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	5	HI; NDS
ANTICONCEPTIVOS		
<i>Anticonceptivos</i>		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>altavera oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i> (Altavera)	1	MO
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 1/35 (28))	1	MO
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i> (Dasetta 7/7/7)	1	MO
<i>amethyst oral tablet 90-20 mcg</i> (Amethyst)	1	MO
<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

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>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
<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

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<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
<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

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>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</i> (Azurette) (21/5)	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
<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

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>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>meleya oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	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
<i>microgestin 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

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<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-linyah 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
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (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

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>pimtrex 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
<i>tri-lo-marzia 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-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (Tri-Lo-Estarylla)	1	MO
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (Tri-Lo-Estarylla)	1	MO
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i> (Tri Femynor)	1	MO
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i> (Tri Femynor)	1	MO
<i>tri-previfem oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i> (Tri Femynor)	1	MO
<i>tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i> (Tri Femynor)	1	MO
<i>trivora (28) oral tablet 50-30/75-40/125-30 mcg</i> (Enpresse-28)	1	MO
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (Tri-Lo-Estarylla)	1	MO
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i> (Tri Femynor)	1	MO
<i>turqoz oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>valtya 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg</i> (Kelnor 1/50)	1	MO
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	MO
<i>violele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i> (Azurette)	2	MO
<i>volnea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i> (Azurette)	2	MO
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	MO
<i>xarah fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i> (Tilia Fe)	1	MO
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i> (Xulane)	2	MO; QL (3 EA per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i> (Xulane)	2	MO; QL (3 EA per 28 days)
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Kelnor 1/35)	1	MO
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (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		
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)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Carbatrol)	2	MO
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (TEGretol-XR)	2	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i> (TEGretol)	2	MO
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Epitol)	2	MO
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg</i>	2	MO
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	2	MO; QL (480 ML per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (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)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	4	NDS
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	2	MO
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	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>divalproex sodium oral tablet</i> (Depakote) <i>delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	MO
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1000 MG	5	ST; NDS; QL (90 EA per 30 days)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1500 MG	5	ST; NDS; QL (60 EA per 30 days)
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 (topiramate)	4	ST; NDS
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet</i> (Aptiom) <i>200 mg, 400 mg</i>	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet</i> (Aptiom) <i>600 mg, 800 mg</i>	5	ST; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<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>fosphenytoin 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 (perampanel)	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG (perampanel)	4	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG (perampanel)	5	ST; 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
<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)
<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)

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>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>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i> (Fycompa)	5	ST; NDS; QL (30 EA per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i> (Fycompa)	2	ST; MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i> (Fycompa)	5	ST; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	2	PA NSO; MO; PA-HRM
<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

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
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 (levetiracetam) DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	4	ST; NDS
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	MO
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 EA per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	MO
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax Sprinkle)	2	MO
<i>topiramate oral capsule sprinkle 50 mg</i>	2	MO
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	MO
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	2	HI
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	MO
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	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)
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 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

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>vigadrone oral packet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
<i>vigpoder oral packet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 EA per 30 days)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	3	MO; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	3	MO; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	MO; QL (30 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	3	MO; 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	3	
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		
<i>Antidepressivos</i>		
<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

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
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,</i> <i>150 mg, 200 mg</i>	1	MO
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet</i> (Wellbutrin XL) <i>extended release 24 hour 150 mg,</i> <i>300 mg</i>	1	MO
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75</i> <i>mg</i>	1	MO
<i>citalopram hydrobromide oral</i> <i>solution 10 mg/5ml</i>	2	MO
<i>citalopram hydrobromide oral tablet</i> (CeleXA) <i>10 mg</i>	1	MO; QL (120 EA per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet</i> (CeleXA) <i>20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>clomipramine hcl oral capsule 25</i> (Anafranil) <i>mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	NDS
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25</i> (Norpramin) <i>mg</i>	4	NDS
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg,</i> <i>150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	NDS
<i>desvenlafaxine succinate er oral</i> (Pristiq) <i>tablet extended release 24 hour 100</i> <i>mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100</i> <i>mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	MO
<i>doxepin hcl oral concentrate 10</i> <i>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</i> <i>release particles 20 mg</i>	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>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 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)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	4	ST; NDS
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>fluoxetine hcl oral capsule 20 mg</i> (PROzac)	1	MO
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	2	MO
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	NDS
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab)	2	MO
NEFAZODONE HCL ORAL TABLET 100 MG	2	MO
<i>nefazodone hcl oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	2	MO
<i>nefazodone hcl tablet 100 mg oral</i>	2	MO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	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>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	4	NDS
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> (Paxil CR)	4	NDS
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	4	PA NSO; NDS; PA-HRM
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	PA NSO; MO; PA-HRM
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	2	MO
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	2	MO
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	NDS
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	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)

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>venlafaxine hcl er oral capsule</i> (Effexor XR) <i>extended release 24 hour 150 mg</i>	1	MO; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule</i> (Effexor XR) <i>extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	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)
ANTIFÚNGICOS		
<i>Antifúngicos</i>		
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)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	5	PA; NDS
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	2	QL (170 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>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</i> (Diflucan)	1	
<i>fluconazole oral tablet 200 mg, 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	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	4	NDS
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg</i>	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>micafungin 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)

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>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>ra clotrimazole external cream 1 %</i> (Desenex)	1	
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i> (Vfend IV)	5	PA BvD; HI; NDS
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i> (Vfend)	5	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	4	NDS
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i> (Vfend)	4	NDS
ANTIHIISTAMÍNICOS		
<i>Antihistamínicos</i>		
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i> (Xyzal Allergy 24HR)	1	
ANTIMICOBACTERIALES		
<i>Antimicobacteriales</i>		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	MO
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	2	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	NDS
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	4	NDS
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i> (Rifadin)	2	HI
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 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
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	4	NDS
ANTIVIRALES (SITÉMICO)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	2	MO
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	2	MO
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	2	MO
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 (emtricitabine-rilpivir-tenofovir df)	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

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NDS
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE 2.5 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-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	5	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg</i>	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
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i> (Truvada)	5	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i> (Truvada)	2	MO
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df oral tablet 200-25-300 mg</i> (Complera)	5	NDS
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> (Intence)	5	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	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

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5ML	4	NDS; QL (480 ML per 30 days)
<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
<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

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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
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
<i>stavudine oral capsule 30 mg, 40 mg</i>	2	MO
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 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

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	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)
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
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	2	MO
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i> (Retrovir)	2	MO
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	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)

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
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
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (84 EA per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (48 EA per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (42 EA per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i> (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 & 150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 6 X 150 MG & 5 X 100MG	2	QL (11 EA per 28 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)

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	4	NDS
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	2	MO
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	2	MO
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i> (Valtrex)	2	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i> (Valcyte)	5	NDS
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i> (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		
ABOUTIME PEN NEEDLE 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
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5 MM (aqinject pen needle)	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8 MM (dropsafe safety 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 (dropsafe safety 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 (insulin syringe)	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML (gnp insulin syringes 30gx5/16")	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

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
ALCOHOL SWABS PAD	(alcohol prep)	1	PA; ST
ALCOHOL SWABS 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)	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
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

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 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
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

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 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" (insulin syringe-needle 1 ML u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" (gnp insulin syringes 0.5 ML (OTC) 29gx1/2")	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" (gnp insulin syringes 0.5 ML (RX) 29gx1/2")	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" (gnp insulin syringes 1 ML (OTC) 29gx1/2")	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" (gnp insulin syringes 1 ML (RX) 29gx1/2")	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML (careone insulin syringe)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle MICROFINE 28G X 1/2" 0.5 ML u-100)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle MICROFINE 28G X 1/2" 1 ML u-100) (OTC)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle MICROFINE 28G X 1/2" 1 ML u-100) (RX)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE U-100 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE (insulin syringe) ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE (gnp insulin syringes ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.5 ML 29gx1/2")	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE (gnp insulin syringes ULTRAFINE 29G X 1/2" 1 ML 29gx1/2")	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

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

Formulario ID: 25256

08/01/2025

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE 29G X 12.7MM	(sure comfort pen needles)	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE 31G X 8 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(insulin syringe)	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
BD SWAB SINGLE USE REGULAR PAD	(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
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 SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.3 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.5 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 1 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 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" 0.5 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 1 ML	(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	(dropsafe safety 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

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
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
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	(dropsafe safety 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

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
CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(dropsafe safety 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	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
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	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(insulin syringe)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	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

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 INSULIN SYRINGE (careone insulin syringe) 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (aq insulin syringe) 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G (aqinject pen needle) X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G (dropsafe safety pen needles) X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G (dropsafe safety pen needles) X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G (aqinject pen needle) X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G (aum mini insulin pen needle) X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G (aum mini insulin pen needle) X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G (aum mini insulin pen needle) X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G (aum mini insulin pen needle) X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G (aum mini insulin pen needle) X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G (aum mini insulin pen needle) X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN (pen needles) NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN (aum insulin safety pen needle) NEEDLES 31G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN (aqinject pen needle) NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN (aum insulin safety pen needle) NEED 31G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN (aqinject pen needle) NEED 31G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN (dropsafe safety pen needles) NEED 31G 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
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 8 MM	(dropsafe safety 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
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	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
DIATHRIVE 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
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(insulin syringe)	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
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	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	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 1/4" 0.3 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.5 ML	(sure comfort insulin syringe)	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 1 ML	(sure 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

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 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
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	(dropsafe safety 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	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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 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
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	(insulin syringe)	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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 29G X 5/16" 0.5 ML		1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	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

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 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
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29G X 4MM		1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29G X 5MM	(easy comfort pen needles)	1	PA; ST
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	(dropsafe safety 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

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 FLIPLOCK INSULIN SY 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 0.5 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 5/8" 1 ML		1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 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
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (careone insulin syringe) 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (gnp insulin syringes 30G X 5/16" 0.3 ML 30gx5/16")	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
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 X 6 MM needles)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G (dropsafe safety pen X 8 MM needles)	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 X 5 MM needle)	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G (aum mini insulin pen X 6 MM needle)	1	PA; ST
EASY TOUCH SAFETY PEN (easy comfort pen NEEDLES 29G X 5MM needles)	1	PA; ST
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 8MM	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 SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM	(pen needles)	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM	(pen needles)	1	PA; ST
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML	(global easy glide insulin syr)	1	PA; ST
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 1 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	(insulin syringe-needle u-100)	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	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE U- 500 31G X 6MM 0.5 ML		1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 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
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 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	(dropsafe safety 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 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	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

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 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	(dropsafe safety 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 30G X 1/2" 1 ML	(careone 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	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	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

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 CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	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" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
GOODSENSE ALCOHOL SWABS PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 31G X 8 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 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
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 0.3 ML	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	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	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
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	(dropsafe safety 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

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
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
HM STERILE ALCOHOL PREP PAD	(alcohol prep)	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	(dropsafe safety 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	(dropsafe safety 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	
INPEN 100-BLUE-NOVOLOG-FIASP DEVICE	(autopen)	3	
INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(insulin syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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	(insulin syringe-needle u-100)	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
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 28G X 1/2" 1 ML	(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)	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 28G X 1/2" 1 ML (RX)	(insulin syringe-needle u-100)	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
INSUPEN PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
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 SENSITIVE 32G X 6 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
INSUPEN SENSITIVE 32G X 8 MM	(aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 29G X 12MM	(global ease inject pen needles)	1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 30G X 8 MM	(pen needles)	1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 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
INSUPEN ULTRAFIN 31G X 8 MM (dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM (aum mini insulin pen needle)	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 (gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G U-100 1 ML	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	1	PA; ST
KROGER INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
KROGER PEN NEEDLES 29G X 12MM (global ease inject pen needles)	1	PA; ST
KROGER PEN NEEDLES 31G X 6 MM (dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
LEADER INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LEADER INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (insulin syringe-needle u-100)	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 (dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100)	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 28G X 1/2" 1 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(insulin syringe)	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	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	(dropsafe safety 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	(insulin syringe)	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.3 ML	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	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" 0.5 ML	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
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	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	(insulin syringe-needle u-100)	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	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	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	(dropsafe safety 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	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 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
MICRODOT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
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 31G X 6 MM	(dropsafe safety pen needles)	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)	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (RX)	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(insulin syringe)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (RX)	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	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		1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (OTC)	(insulin syringe-needle u-100)	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

08/01/2025

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML (OTC)	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML (RX)	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)	(easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	(careone insulin syringe)	1	PA; ST
MS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq 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)

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 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)
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 (dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 32G X 4 MM (aqinject pen needle)	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 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) (dropsafe safety 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

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
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
PRECISION SUREDOSE PLUS SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	(insulin syringe)	1	PA; ST
PRECISION SUREDOSE PLUS SYR 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	(easy comfort insulin syringe)	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	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
PREVENT SAFETY 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
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(dropsafe safety 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
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	(aq insulin syringe)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(dropsafe safety 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	(insulin syringe-needle u-100)	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

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
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	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
QC ALCOHOL EXTERNAL 70 %		1	PA; ST
QC ALCOHOL SWABS PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
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	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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

08/01/2025

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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	(dropsafe safety 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
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	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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 X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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

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
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 29G X 12MM	(global ease inject 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	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
RESTORE CONTACT LAYER PAD 2"X2"	(cvs gauze)	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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

08/01/2025

Nombre del medicamento	Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
SECURES SAFE INSULIN SYRINGE (gnp insulin syringes 29gx1/2") 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SECURES SAFE SAFETY PEN (pen needles) NEEDLES 30G X 8 MM	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
SURE COMFORT ALCOHOL (alcohol prep) PREP PAD 70 %	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN (insulin syringe-needle u-100) SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN (insulin syringe-needle u-100) SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN (insulin syringe) SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN (gnp insulin syringes 29gx1/2") SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN (gnp insulin syringes 29gx1/2") SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN (careone insulin syringe) SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN (careone insulin syringe) SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN (careone insulin syringe) SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN (gnp insulin syringes 30gx5/16") SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN (easy comfort insulin syringe) SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN (easy comfort insulin syringe) SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN (sure comfort insulin syringe) SYRINGE 31G X 1/4" 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
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
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	(dropsafe safety 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 INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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
TECHLITE PEN NEEDLES 32G X 4 MM (aqinject pen needle)	1	PA; ST
TERUMO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML (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 (dropsafe safety 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 (dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 0.3 ML (insulin syringe)	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 0.5 ML (gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 1 ML (gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 0.3 ML (gnp insulin syringes 30gx5/16")	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

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 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
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

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 PRO PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(dropsafe safety 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
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	(dropsafe safety 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	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(insulin syringe)	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	1	PA; ST
TRUEPLUS 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

08/01/2025

Nombre del medicamento		Nivel de medicamento	Requisitos/Limites
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
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 8 MM	(dropsafe safety 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	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	(insulin syringe)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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

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
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	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
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

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
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM	(pen needles)	1	PA; ST
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM (OTC)	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM (RX)	(dropsafe safety 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	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
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	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	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 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
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	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	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	(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
ULTILET PEN NEEDLE 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	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	(dropsafe safety 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
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 5/16" 0.3 ML	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	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	(insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	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

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 SYRINGE (careone insulin syringe) 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (aq insulin syringe) 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA THIN PEN NEEDLES 32G (aqinject pen needle) X 4 MM	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE (careone insulin syringe) 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE (careone insulin syringe) 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE (gnp insulin syringes 30gx5/16")	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE (easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE (easy comfort insulin syringe)	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE (careone insulin syringe) 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE (careone insulin syringe) 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE (aq insulin syringe) 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G (aqinject pen needle) X 5 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G (dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G (dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G (aqinject pen needle) X 4 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G (aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G (aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 33G (aum mini insulin pen needle)	1	PA; ST
ULTRA-COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (gnp insulin syringes 29gx1/2")	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 INS SYR SHORT 30G X 5/16" 0.3 ML	(gnp insulin syringes 30gx5/16")	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	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	(sure comfort pen needles)	1	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 31G X 5 MM	(aqinject pen needle)	1	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 32G X 4 MM	(aqinject pen needle)	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	(dropsafe safety 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

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 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 (dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
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 (dropsafe safety 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 (gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (gnp insulin syringes 29gx1/2")	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

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
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	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	(gnp insulin syringes 29gx1/2")	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
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	(dropsafe safety 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	(insulin syringe)	1	PA; ST
WBCOL ALCOHOL PREP LARGE PAD 70 %	(alcohol prep)	1	PA; ST
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM	(dropsafe safety pen needles)	1	PA; ST
ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD 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
PREPARACIONES DE REEMPLAZO		
<i>Preparaciones De Reemplazo</i>		
<i>dextrose-nacl intravenous solution 5-0.9 %</i>	1	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.45 %</i>	2	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.9 %</i>	1	HI
<i>dextrose-sodium chloride solution 5-0.45 % intravenous</i>	2	
<i>dextrose-sodium chloride solution 5-0.45 % intravenous</i>	2	HI
<i>dextrose-sodium chloride solution 5-0.9 % intravenous</i>	1	
<i>klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq</i> (Klor-Con M10)	1	MO
<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

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>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
<i>sodium chloride solution 0.45 % intravenous</i>	2	
<i>sodium chloride solution 0.45 % intravenous</i>	2	HI
<i>sodium chloride solution 0.9 % intravenous</i>	1	
<i>sodium chloride solution 0.9 % intravenous</i>	1	HI
<i>sodium chloride solution 0.9 % intravenous</i>	2	HI
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN		
<i>Agentes Hematológicos, Varios</i>		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	MO
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>	2	MO
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	
<i>Anticoagulantes</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>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i> (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)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> (Lovenox)	2	QL (60 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i> (Lovenox)	2	QL (48 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i> (Lovenox)	2	QL (18 ML per 30 days)
<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

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
XARELTO ORAL SUSPENSION (rivaroxaban) 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	
<i>Inhibidores De Agregación De Plaquetas</i>		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	2	MO
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, (ticagrelor) 90 MG	3	MO
<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)
<i>Modificadores De Formación De Sangre</i>		
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)

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
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 (eltrombopag olamine) MG	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 (eltrombopag olamine) MG	5	PA; NDS; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 (eltrombopag olamine) MG	5	PA; NDS; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 (eltrombopag olamine) MG	5	PA; NDS; QL (30 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 (eltrombopag olamine) 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		
<i>Reemplazo/Modificadores De Enzima</i>		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000- 114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	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>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
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>		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA; PA-HRM
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	4	NDS
<i>dantrolene sodium oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	4	NDS
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	PA; PA-HRM
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	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
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	
NIVA-PLUS TABLET 27-1 MG (m-natal plus) ORAL	1	
OBSTETRIX DHA 29-1 & 350 MG ORAL	1	
PNV 27-CA/FE/FA TABLET 60-1 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	

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
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	
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-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	

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
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

08/01/2025

índice de medicamentos/Listado alfabético

A		
<i>abacavir sulfate</i>	133	
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	133	
ABELCET	130	
ABILIFY ASIMTUFII	39	
ABILIFY MAINTENA	39	
<i>abiraterone acetate</i>	5	
<i>abirtega</i>	5	
ABOUTTIME PEN NEEDLE	139, 140	
ABRYSVO	90	
<i>acamprosate calcium</i>	24	
<i>acarbose</i>	27	
<i>acebutolol hcl</i>	47	
<i>acetaminophen-codeine</i>	103	
<i>acetazolamide</i>	94	
<i>acetazolamide er</i>	94	
<i>acetazolamide sodium</i>	94	
<i>acetic acid</i>	96	
<i>acetylcysteine</i>	63	
<i>acitretin</i>	71	
ACTEMRA	83	
ACTEMRA ACTPEN	82	
ACTHAR	80	
ACTHAR GEL	80	
ACTHIB	90	
ACTIMMUNE	99	
<i>acyclovir</i>	71, 139	
<i>acyclovir sodium</i>	139	
ADACEL	90	
<i>adapalene</i>	73	
<i>adefovir dipivoxil</i>	139	
ADEMPAS	101	
ADVAIR HFA	65	
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	140	
ADVOCATE INSULIN NEEDLES	140	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE	140	
<i>afirmelle</i>	113	
AIMOVIG	34	
AIRSUPRA	65, 67	
AJOVY	34	
AKEEGA	5	
<i>ala-cort</i>	69	
<i>albendazole</i>	36	
<i>albuterol sulfate</i>	67	
<i>albuterol sulfate hfa</i>	67	
ALCOHOL PREP	140	
ALCOHOL PREP PADS	140	
ALCOHOL SWABS	141	
ALECENSA	5	
<i>alendronate sodium</i>	58	
<i>alfuzosin hcl er</i>	76	
<i>aliskiren fumarate</i>	56	
<i>allopurinol</i>	34	
<i>alosetron hcl</i>	57	
<i>alprazolam</i>	25	
<i>alrex</i>	97	
<i>altavera</i>	113	
ALTRENO	73	
ALUNBRIG	5	
ALVAIZ	191	
<i>alyacen 1/35</i>	113	
<i>alyacen 7/7/7</i>	113	
ALYFTREK	64	
<i>alyq</i>	101	
<i>amantadine hcl</i>	37, 38	
<i>amethyst</i>	113	
<i>amikacin sulfate</i>	106	
<i>amiloride hcl</i>	54	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	54	
<i>amiodarone hcl</i>	47	
<i>amitriptyline hcl</i>	126	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	51, 52	
<i>amlodipine besylate</i>	52	
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	52	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	52	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	52	
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	52	
<i>ammonium lactate</i>	71, 72	
<i>amoxapine</i>	126	
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	73	
<i>amoxicillin</i>	110	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	110	
<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	60	
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	60	
<i>amphotericin b</i>	130	
<i>amphotericin b liposome</i>	130	
<i>ampicillin</i>	110	
<i>ampicillin sodium</i>	111	
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	111	
<i>anagrelide hcl</i>	189	
<i>anastrozole</i>	5	
ANKTIVA	5	
ANORO ELLIPTA	67	
<i>aprepitant</i>	35	
APRETUDE	133	
<i>apri</i>	113	
APTIVUS	133	
AQ INSULIN SYRINGE	141	
AQINJECT PEN NEEDLE .	141	
ARCALYST	83	
AREXVY	90	

ARIKAYCE	106	AUSTEDO.....	60	BD INSULIN SYRINGE	
<i>aripiprazole</i>	39	AUSTEDO XR	60	ULTRAFINE	143
ARISTADA.....	39, 40	AUSTEDO XR PATIENT		BD PEN NEEDLE MICRO	
ARISTADA INITIO	39	TITRATION.....	60	ULTRAFINE	144
<i>armodafinil</i>	59	AUVELITY	127	BD PEN NEEDLE MINI U/F	
ARNUITY ELLIPTA.....	66	<i>aviane</i>	114	.....	144
<i>asenapine maleate</i>	40	AVMAPKI FAKZYNJA CO-		BD PEN NEEDLE MINI	
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	191	PACK.....	5	ULTRAFINE	144
ASSURE ID DUO PRO PEN		AVONEX PEN.....	61	BD PEN NEEDLE NANO 2ND	
NEEDLES	141	AVONEX PREFILLED	61	GEN	144
ASSURE ID INSULIN		AXTLE	5	BD PEN NEEDLE NANO U/F	
SAFETY SYR.....	141	<i>ayuna</i>	114	.....	144
ASSURE ID PRO PEN		AYVAKIT	5	BD PEN NEEDLE NANO	
NEEDLES	141	<i>azacitidine</i>	5	ULTRAFINE	144
ASTAGRAF XL	83	<i>azathioprine</i>	83	BD PEN NEEDLE ORIG	
<i>atazanavir sulfate</i>	133	<i>azathioprine sodium</i>	83	ULTRAFINE	144
<i>atenolol</i>	47	<i>azelastine hcl</i>	99	BD PEN NEEDLE SHORT	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	48	<i>azithromycin</i>	109	ULTRAFINE	144
<i>atomoxetine hcl</i>	60	<i>aztreonam</i>	107	BD SAFETYGLIDE INSULIN	
<i>atorvastatin calcium</i>	52	<i>azurette</i>	114	SYRINGE	144
<i>atovaquone</i>	36	B		BD SAFETYGLIDE	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	36	<i>bacitracin</i>	96	SYRINGE/NEEDLE.....	144
<i>atropine sulfate</i>	99	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	96	BD SAFETY-LOK INSULIN	
ATROVENT HFA	67	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>		SYRINGE	144
<i>aubra eq</i>	113	.....	96	BD SWAB SINGLE USE	
AUGTYRO	5	<i>baclofen</i>	193	REGULAR.....	144
AUM ALCOHOL PREP PADS		<i>balsalazide disodium</i>	57	BD SWABS SINGLE USE	
.....	141	BALVERSA	6	BUTTERFLY	145
AUM INSULIN SAFETY PEN		BAQSIMI ONE PACK	99	BD VEO INSULIN SYR U/F	
NEEDLE	141	BAQSIMI TWO PACK	99	1/2UNIT.....	145
AUM MINI INSULIN PEN		BCG VACCINE	90	BD VEO INSULIN SYR	
NEEDLE	141, 142	BD AUTOSHIELD	142	ULTRAFINE	145
AUM PEN NEEDLE	142	BD AUTOSHIELD DUO....	142	BD VEO INSULIN SYRINGE	
AUM READYGARD DUO		BD ECLIPSE SYRINGE	142	U/F	145
PEN NEEDLE.....	142	BD INSULIN SYR		BELSOMRA.....	59
AUM SAFETY PEN NEEDLE		ULTRAFINE II	142	<i>benazepril hcl</i>	55
.....	142	BD INSULIN SYRINGE ...	142,	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	
<i>aurovela 1.5/30</i>	113	143		.....	55
<i>aurovela 1/20</i>	114	BD INSULIN SYRINGE		<i>bendamustine hcl</i>	6
<i>aurovela 24 fe</i>	114	HALF-UNIT.....	143	BENDAMUSTINE HCL	6
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	114	BD INSULIN SYRINGE		BENDEKA	6
<i>aurovela fe 1/20</i>	114	MICROFINE	143	BENLYSTA.....	83

<i>benztropine mesylate</i>	38	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	97	<i>carbidopa-levodopa</i>	38
BESREMI	83	<i>bromocriptine mesylate</i>	38	<i>carbidopa-levodopa er</i>	38
<i>betaine</i>	99	BRONCHITOL	64	CAREFINE PEN NEEDLES	145
<i>betamethasone dipropionate</i> ..	69	BRONCHITOL TOLERANCE TEST	64	CAREONE INSULIN SYRINGE	145, 146
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	69	BRUKINSA	7	CARETOUCH ALCOHOL PREP	146
<i>betamethasone valerate</i>	69	<i>budesonide</i>	57, 66	CARETOUCH INSULIN SYRINGE	146
BETAMETHASONE VALERATE	69	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	66	CARETOUCH PEN NEEDLES	146
BETASERON	61	<i>bumetanide</i>	54	<i>carglumic acid</i>	74
<i>betaxolol hcl</i>	94	<i>buprenorphine</i>	103	<i>carteolol hcl</i>	95
<i>bethanechol chloride</i>	76	<i>buprenorphine hcl</i>	24	<i>cartia xt</i>	49
<i>bexarotene</i>	6	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	24, 25	<i>carvedilol</i>	48
BEXSERO	90	<i>bupropion hcl</i>	127	CAYSTON	107
<i>bicalutamide</i>	6	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	25	<i>cefaclor</i>	108
BICILLIN L-A	111	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	127	<i>cefadroxil</i>	108
BIKTARVY	133	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	127	<i>cefazolin sodium</i>	108
<i>bimatoprost</i>	94	<i>buspirone hcl</i>	99	<i>cefdinir</i>	108
<i>bisoprolol fumarate</i>	48	<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	103	<i>cefepime hcl</i>	108
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	48	<i>butalbital-apap-caffeine</i>	103	<i>cefixime</i>	108
BIZENGRI (750 MG DOSE) ..	6	C		<i>cefloxitin sodium</i>	108
<i>bleomycin sulfate</i>	6	CABENUVA	133	<i>cefpodoxime proxetil</i>	108
<i>blisovi 24 fe</i>	114	<i>cabergoline</i>	38	<i>cefprozil</i>	108
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	114	CABOMETYX	7	<i>ceftazidime</i>	108
<i>blisovi fe 1/20</i>	114	<i>calcipotriene</i>	72	<i>ceftriaxone sodium</i>	109
BOOSTRIX	90	<i>calcitonin (salmon)</i>	58	<i>cefuroxime axetil</i>	109
<i>bortezomib</i>	6	<i>calcitriol</i>	58	<i>cefuroxime sodium</i>	109
BORUZU	6	<i>calcium acetate</i>	75	<i>celecoxib</i>	101
<i>bosentan</i>	101	<i>calcium acetate (phos binder)</i> ..	75	<i>cephalexin</i>	109
BOSULIF	6	CALQUENCE	7	<i>cevimeline hcl</i>	68
BRAFTOVI	6	<i>camila</i>	114	<i>chateal eq</i>	114
BREO ELLIPTA	66	CAMZYOS	50	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	25
<i>breyna</i>	66	<i>candesartan cilexetil</i>	50	<i>chlorhexidine gluconate</i>	68
BREZTRI AEROSPHERE	67	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	51	<i>chloroquine phosphate</i>	37
BRILINTA	191	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>	95	<i>carbamazepine</i>	121	<i>cholestyramine light</i>	52
BRIVIACT	121	<i>carbamazepine er</i>	121	<i>ciclopirox</i>	130
<i>bromfenac sodium</i>	97				

ciclopirox olamine.....130
cilostazol.....191
 CIMDUO.....133
cimetidine hcl73
 CIMZIA.....83
 CIMZIA (2 SYRINGE).....83
cinacalcet hcl.....58
 CINQAIR64
ciprofloxacin hcl.....96, 112
ciprofloxacin in d5w.....112
ciprofloxacin-dexamethasone.96
citalopram hydrobromide.....127
clarithromycin110
 CLENPIQ76
 CLEVER CHOICE COMFORT
 EZ.....146
 CLICKFINE PEN NEEDLES
147
clindamycin hcl106
clindamycin phos-benzoyl perox
72
clindamycin phosphate...72, 106
 CLINIMIX E/DEXTROSE
 (8/10).....46
 CLINIMIX E/DEXTROSE
 (8/14).....46
 CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)
46
 CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)
46
 CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)
46
clobazam.....121
clobetasol propionate70
clobetasol propionate e69
clobetasol propionate emulsion
69
clomipramine hcl.....127
clonazepam.....26
clonidine46, 47
clonidine hcl46
clopidogrel bisulfate.....191

clorazepate dipotassium 26
clotrimazole 130
clotrimazole-betamethasone 130
clozapine..... 40
 C-NATE DHA..... 194
 COARTEM..... 37
 COBENFY..... 40
 COBENFY STARTER PACK
 40
colchicine..... 34
colchicine-probenecid 34
colesevelam hcl..... 52
colestipol hcl..... 52, 53
colistimethate sodium (cba). 106
 COMBIVENT RESPIMAT... 67
 COMETRIQ (100 MG DAILY
 DOSE) 7
 COMETRIQ (140 MG DAILY
 DOSE) 7
 COMETRIQ (60 MG DAILY
 DOSE) 7
 COMFORT ASSIST INSULIN
 SYRINGE..... 147
 COMFORT EZ INSULIN
 SYRINGE..... 147, 148
 COMFORT EZ PEN NEEDLES
 148
 COMFORT EZ PRO PEN
 NEEDLES 148
 COMFORT TOUCH INSULIN
 PEN NEED 148, 149
 COMPLERA 133
 COMPLETENATE 194
compro 35
constulose 74
 COPIKTRA 7
 CORLANOR 50
 CORTROPHIN..... 80
 COSENTYX..... 84, 100
 COSENTYX (300 MG DOSE)
 83

COSENTYX SENSOREADY
 (300 MG) 84
 COSENTYX UNOREADY... 84
 COTELLIC 7
 CREON..... 192
 CRESEMBA..... 130
cromolyn sodium 64, 74, 99
cryselle-28..... 114
 CURITY ALCOHOL PREPS
 149
 CURITY ALL PURPOSE
 SPONGES..... 149
 CURITY GAUZE 149
 CURITY GAUZE SPONGE 149
 CURITY SPONGES..... 149
 CVS GAUZE 149
 CVS GAUZE STERILE 149
cyclafem 1/35 114
cyclafem 7/7/7 114
cyclobenzaprine hcl 193
cyclophosphamide..... 7
 CYCLOPHOSPHAMIDE... 7, 8
cyclosporine 84, 97
cyclosporine modified 84
 CYLTEZO (2 PEN) 84
 CYLTEZO (2 SYRINGE) 84
 CYLTEZO-CD/UC/HS
 STARTER..... 84
 CYLTEZO-PSORIASIS/UV
 STARTER..... 84
cyred eq..... 114
D
dabigatran etexilate mesylate
 190
dalfampridine er..... 61
danazol..... 78
dantrolene sodium..... 193
 DANYELZA..... 8
 DANZITEN 8
dapsone 132
 DAPTACEL..... 91
daptomycin..... 107

DAPTOMYCIN	106	DIATHRIVE PEN NEEDLE	149	<i>doxycycline monohydrate</i>	113
<i>darunavir</i>	133	<i>diazepam</i>	26, 121	DRIZALMA SPRINKLE	127
<i>dasatinib</i>	8	<i>diazepam intensol</i>	26	<i>dronabinol</i>	36
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	114	<i>diazoxide</i>	100	DROPLET INSULIN	
<i>dasetta 7/7/7</i>	114	<i>diclofenac epolamine</i>	101	SYRINGE	150, 151
DATROWAY	8	<i>diclofenac potassium</i>	101	DROPLET MICRON	151
DAURISMO	8	<i>diclofenac sodium</i>	98, 102	DROPLET PEN NEEDLES	151
<i>deblitane</i>	114	<i>diclofenac sodium er</i>	102	DROPSAFE ALCOHOL PREP	
<i>decitabine</i>	8	<i>diclofenac-misoprostol</i>	102	.....	151
<i>deferasirox</i>	105	<i>dicloxacillin sodium</i>	111	DROPSAFE SAFETY PEN	
<i>deferasirox granules</i>	105	<i>dicyclomine hcl</i>	74	NEEDLES	151
DELSTRIGO	133	DIFICID	110	DROPSAFE SAFETY	
<i>delyla</i>	114	<i>difluprednate</i>	98	SYRINGE/NEEDLE	151, 152
<i>demeclocycline hcl</i>	112	<i>digoxin</i>	50	<i>droxidopa</i>	47
DENG VAXIA	91	<i>dihydroergotamine mesylate</i> ..	34	DRUG MART ULTRA	
<i>denta 5000 plus</i>	68	<i>diltiazem hcl</i>	49	COMFORT SYR	152
<i>dentagel</i>	68	<i>diltiazem hcl er</i>	49	DRUG MART UNIFINE	
DEPO-SUBQ PROVERA	104	<i>diltiazem hcl er beads</i>	49	PENTIPS	152
.....	82	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	49	DUAVEE	78
DERMACEA GAUZE		<i>dilt-xr</i>	49	<i>duloxetine hcl</i>	127, 128
SPONGE	149	<i>dimethyl fumarate</i>	61	DUPIXENT	85
DERMACEA IV DRAIN		<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	61	<i>dutasteride</i>	76
SPONGES	149	.....	61	E	
DERMACEA NON-WOVEN		<i>diphenoxylate-atropine</i>	74	EASY COMFORT ALCOHOL	
SPONGES	149	DIPHThERIA-TETANUS		PADS	152
DERMACEA TYPE VII		TOXOIDS DT	91	EASY COMFORT INSULIN	
GAUZE	149	<i>dipyridamole</i>	191	SYRINGE	152, 153
DESCOVY	133	<i>disulfiram</i>	25	EASY COMFORT PEN	
<i>desipramine hcl</i>	127	<i>divalproex sodium</i>	121, 122	NEEDLES	153
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	80	<i>divalproex sodium er</i>	121	EASY GLIDE PEN NEEDLES	
<i>desmopressin acetate</i>	80	<i>dofetilide</i>	47	.....	153
<i>desmopressin acetate spray</i>	80	<i>dolishale</i>	115	EASY TOUCH ALCOHOL	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	114, 115	<i>donepezil hcl</i>	26, 27	PREP MEDIUM	153
<i>desvenlafaxine succinate er</i> ..	127	<i>dorzolamide hcl</i>	95	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>dexamethasone</i>	79	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> ..	95	INSULIN SY	154
<i>dexamethasone sodium</i>		DOVATO	133	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>phosphate</i>	79, 98	<i>doxazosin mesylate</i>	47	SAFETY SYR	154
<i>dextrose</i>	46	<i>doxepin hcl</i>	127	EASY TOUCH INSULIN	
<i>dextrose-nacl</i>	188	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	8	BARRELS	154
<i>dextrose-sodium chloride</i>	188	<i>doxy 100</i>	112	EASY TOUCH INSULIN	
DIACOMIT	121	<i>doxycycline hyclate</i>	113	SAFETY SYR	154

EASY TOUCH INSULIN		
SYRINGE.....	154, 155	
EASY TOUCH PEN NEEDLES		
.....	155	
EASY TOUCH SAFETY PEN		
NEEDLES	155, 156	
EASY TOUCH		
SHEATHLOCK SYRINGE		
.....	156	
<i>econazole nitrate</i>	130	
EDURANT	134	
EDURANT PED	134	
<i>efavirenz</i>	134	
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>		
.....	134	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>		
.....	134	
ELAHERE.....	8	
ELEPSIA XR	122	
ELIGARD	8	
<i>elinest</i>	115	
ELIQUIS	190	
ELIQUIS DVT/PE STARTER		
PACK	190	
ELREXFIO.....	8	
<i>eluryng</i>	115	
EMBECTA AUTOSHIELD		
DUO	156	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2		
UNIT	156	
EMBECTA INSULIN SYR		
ULTRAFINE.....	156	
EMBECTA INSULIN		
SYRINGE.....	156	
EMBECTA INSULIN		
SYRINGE U-100	156	
EMBECTA INSULIN		
SYRINGE U-500	156	
EMBECTA PEN NEEDLE		
NANO 2 GEN	156	
EMBECTA PEN NEEDLE		
ULTRAFINE.....	156, 157	
EMBRACE PEN NEEDLES		
.....	157	
EMCYT	8	
EMGALITY	34	
EMGALITY (300 MG DOSE)		
.....	34	
<i>emoquette</i>	115	
EMRELIS	8	
EMSAM.....	128	
<i>emtricitabine</i>	134	
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	134	
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df</i>	134	
EMTRIVA.....	134	
<i>emzahh</i>	115	
<i>enalapril maleate</i>	56	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	56	
ENBREL.....	85	
ENBREL MINI	85	
ENBREL SURECLICK	85	
<i>endocet</i>	103	
ENGERIX-B.....	91	
<i>enilloring</i>	115	
<i>enoxaparin sodium</i>	190	
<i>enpresse-28</i>	115	
<i>enskyce</i>	115	
<i>entacapone</i>	38	
<i>entecavir</i>	139	
ENTRESTO.....	51	
<i>enulose</i>	74	
EPCLUSA	137, 138	
EPIDIOLEX	122	
<i>epinastine hcl</i>	99	
<i>epinephrine</i>	50	
<i>epitol</i>	122	
EPIVIR HBV	134	
EPKINLY	8	
<i>eplerenone</i>	57	
EPRONTIA	122	
EQL ALCOHOL SWABS..	157	
EQL GAUZE.....	157	
EQL INSULIN SYRINGE ..	157	
ERBITUX.....	9	
<i>ergoloid mesylates</i>	27	
ERIVEDGE.....	9	
ERLEADA.....	9	
<i>erlotinib hcl</i>	9	
<i>errin</i>	115	
<i>ertapenem sodium</i>	108	
<i>erythromycin</i>	72, 96	
<i>erythromycin base</i>	110	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	110	
ERZOFRI.....	40, 41	
<i>escitalopram oxalate</i>	128	
<i>eslicarbazepine acetate</i>	122	
<i>esomeprazole magnesium</i>	73, 74	
<i>estarylla</i>	115	
<i>estradiol</i>	78, 79	
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	79	
<i>eszopiclone</i>	59	
<i>ethambutol hcl</i>	132	
<i>ethosuximide</i>	122	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	115	
<i>etodolac</i>	102	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>		
.....	115	
ETOPOPHOS	9	
<i>etoposide</i>	9	
<i>etravirine</i>	134	
EUCRISA	70	
EULEXIN	9	
<i>everolimus</i>	9, 85	
EVOTAZ.....	134	
EXEL COMFORT POINT PEN		
NEEDLE	157	
<i>exemestane</i>	9	
EXTENCILLINE.....	111	
EYSUVIS.....	98	
<i>ezetimibe</i>	53	
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	53	
F		
<i>falmina</i>	115	
<i>famciclovir</i>	139	
<i>famotidine</i>	74	
FANAPT	41	

FANAPT TITRATION PACK	41	<i>flurbiprofen</i>	102	<i>gengraf</i>	85
FARXIGA	27	FLURBIPROFEN	102	GENTAK	96
FASENRA	64	<i>flurbiprofen sodium</i>	98	<i>gentamicin sulfate</i>	72, 96, 106
FASENRA PEN	64	FLUTAMIDE	10	GENVOYA	134
<i>febuxostat</i>	34	<i>fluticasone propionate</i>	70, 98	GILOTRIF	10
<i>feirza 1.5/30</i>	115	<i>fluticasone propionate hfa</i>	66	<i>glatiramer acetate</i>	61
<i>feirza 1/20</i>	115	<i>fluticasone-salmeterol</i>	66	<i>glatopa</i>	61
<i>felbamate</i>	122	<i>fluvastatin sodium</i>	53	GLEOSTINE	10
<i>felodipine er</i>	52	<i>fluvastatin sodium er</i>	53	<i>glimepiride</i>	33
<i>femynor</i>	115	<i>fluvoxamine maleate</i>	128	<i>glipizide</i>	33
<i>fenofibrate</i>	53	FOLIVANE-OB	194	<i>glipizide er</i>	33
<i>fenofibrate micronized</i>	53	<i>fondaparinux sodium</i>	190	<i>glipizide-metformin hcl</i>	33
<i>fentanyl</i>	103	<i>fosamprenavir calcium</i>	134	GLOBAL ALCOHOL PREP	
<i>fentanyl citrate</i>	103	<i>fosinopril sodium</i>	56	EASE	158
<i>fesoterodine fumarate er</i>	77	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	56	GLOBAL EASE INJECT PEN	
FETZIMA	128	<i>fosphenytoin sodium</i>	122	NEEDLES	158
FETZIMA TITRATION	128	FOTIVDA	10	GLOBAL EASY GLIDE	
FIASP	31	FREESTYLE PRECISION INS		INSULIN SYR	158
FIASP FLEXTOUCH	30	SYR	157	GLOBAL INJECT EASE	
FIASP PENFILL	31	FRUZAQLA	10	INSULIN SYR	158
<i>finasteride</i>	76	<i>fulvestrant</i>	10	GLUCOPRO INSULIN	
<i> fingolimod hcl</i>	61	<i>furosemide</i>	54	SYRINGE	158
FINTEPLA	122	FUZEON	134	<i>glyburide</i>	33
FIRMAGON	9	FYARRO	10	<i>glyburide micronized</i>	33
FIRMAGON (240 MG DOSE) 9		FYCOMPA	122	<i>glyburide-metformin</i>	33
<i>flavoxate hcl</i>	77	G		<i>glycopyrrolate</i>	74
<i>flecainide acetate</i>	47	<i>gabapentin</i>	123	<i>glydo</i>	105
<i>floxuridine</i>	9	<i>galantamine hydrobromide</i>	27	GLYXAMBI	27
<i>fluconazole</i>	131	<i>galantamine hydrobromide er</i> 27		GNP ALCOHOL SWABS... 158	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>		<i>gallifrey</i>	82	GNP CLICKFINE PEN	
.....	131	GAMUNEX-C	85	NEEDLES	159
<i>flucytosine</i>	131	GARDASIL 9	91	GNP INSULIN SYRINGE .. 159	
<i>fludrocortisone acetate</i>	79	GAUZE PADS	157	GNP INSULIN SYRINGES 159	
<i>flunisolide</i>	98	GAUZE TYPE VII MEDI-PAK		GNP INSULIN SYRINGES	
<i>fluocinolone acetonide</i>	70, 98	.....	157	29GX1/2	159
<i>fluocinonide</i>	70	GAVILYTE-C	76	GNP INSULIN SYRINGES	
<i>fluorometholone</i>	98	<i>gavilyte-g</i>	76	30GX5/16	159
<i>fluorouracil</i>	10, 72	<i>gavilyte-n with flavor pack</i>	76	GNP INSULIN SYRINGES	
<i>fluoxetine hcl</i>	128	GAVRETO	10	31GX5/16	159
<i>fluphenazine decanoate</i>	41	<i>gefitinib</i>	10	GNP STERILE GAUZE 159	
<i>fluphenazine hcl</i>	41	<i>gemfibrozil</i>	53	GNP ULTRA COM INSULIN	
		<i>generlac</i>	74	SYRINGE	159

GOMEKLI	10
GOODSENSE ALCOHOL	
SWABS	159
GOODSENSE CLICKFINE	
PEN NEEDLE.....	159
GOODSENSE PEN NEEDLE	
PENFINE	159, 160
<i>griseofulvin microsize</i>	131
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ...	131
<i>guanfacine hcl</i>	47
<i>guanfacine hcl er</i>	61
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	
.....	100
GVOKE KIT	100
GVOKE PFS	100
H	
HAEGARDA	191
<i>hailey 24 fe</i>	115
<i>hailey fe 1.5/30</i>	115
<i>hailey fe 1/20</i>	115
<i>halobetasol propionate</i>	70
<i>haloette</i>	115
<i>haloperidol</i>	42
<i>haloperidol decanoate</i>	41
<i>haloperidol lactate</i>	41
HARVONI	138
HAVRIX	91
HEALTHWISE INSULIN	
SYR/NEEDLE	160
HEALTHWISE MICRON PEN	
NEEDLES	160
HEALTHWISE SHORT PEN	
NEEDLES	160
HEALTHY ACCENTS	
UNIFINE PENTIP	160
<i>heather</i>	115
H-E-B INCONTROL	
ALCOHOL.....	160
H-E-B INCONTROL PEN	
NEEDLES	160, 161
<i>heparin sodium (porcine)</i>	190
HEPLISAV-B.....	91

HERCEPTIN HYLECTA.....	10
HERZUMA	10
HIBERIX.....	91
HM STERILE ALCOHOL	
PREP.....	161
HM STERILE PADS	161
HM ULTICARE INSULIN	
SYRINGE.....	161
HM ULTICARE SHORT PEN	
NEEDLES	161
HUMIRA (2 PEN).....	85
HUMIRA (2 SYRINGE).....	85
HUMIRA-CD/UC/HS	
STARTER	86
HUMIRA-PED<40KG	
CROHNS STARTER	86
HUMIRA-PED>=40KG	
CROHNS START	86
HUMIRA-PED>=40KG UC	
STARTER	86
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS	
STARTER	86
HUMIRA-PSORIASIS/UEIT	
STARTER	86
HUMULIN R U-500	
(CONCENTRATED)	31
HUMULIN R U-500	
KWIKPEN.....	31
<i>hydralazine hcl</i>	50
<i>hydrochlorothiazide</i>	55
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	
.....	103, 104
<i>hydrocortisone</i>	57, 70, 71, 79
<i>hydrocortisone (perianal)</i>	70
<i>hydrocortisone valerate</i>	71
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	96
<i>hydromorphone hcl</i>	104
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> ...	37
<i>hydroxyurea</i>	10
<i>hydroxyzine hcl</i>	132
<i>hydroxyzine pamoate</i>	100

I	
<i>ibandronate sodium</i>	58
IBRANCE.....	11
<i>ibu</i>	102
<i>ibuprofen</i>	102
<i>icatibant acetate</i>	50
<i>iclevia</i>	116
ICLUSIG.....	11
<i>icosapent ethyl</i>	53
IDHIFA.....	11
<i>ifosfamide</i>	11
ILEVRO.....	98
<i>imatinib mesylate</i>	11
IMBRUVICA.....	11
IMDELLTRA	11
<i>imipenem-cilastatin</i>	108
<i>imipramine hcl</i>	128
<i>imiquimod</i>	72
IMJUDO	11
IMKELDI.....	11
IMOVAX RABIES	91
IMPAVIDO.....	37
<i>incassia</i>	116
INCONTROL ULTICARE PEN	
NEEDLES.....	161
INCRELEX.....	81
<i>indapamide</i>	55
<i>indomethacin</i>	102
INFANRIX	91
<i>infliximab</i>	86
INGREZZA.....	61
INLYTA.....	11
INPEN 100-BLUE-LILLY-	
HUMALOG	161
INPEN 100-BLUE-	
NOVOLOG-FIASP.....	161
INQOVI	11
INREBIC.....	12
<i>insulin asp prot & asp flexpen</i> ...	31
INSULIN ASPART	31
INSULIN ASPART FLEXPEN	
.....	31

INSULIN ASPART PENFILL		<i>kionex</i> 75
.....31	<i>jantoven</i> 190	KISQALI (200 MG DOSE)... 12
<i>insulin aspart prot & aspart</i> ...31	JANUMET..... 27	KISQALI (400 MG DOSE)... 12
INSULIN SYRINGE.....161	JANUMET XR..... 28	KISQALI (600 MG DOSE)... 12
INSULIN SYRINGE/NEEDLE	JANUVIA..... 28	KISQALI FEMARA (200 MG
.....161, 162	JARDIANCE..... 28	DOSE)..... 12
INSULIN SYRINGE-NEEDLE	<i>javygtor</i> 193	KISQALI FEMARA (400 MG
U-100.....162	JAYPIRCA..... 12	DOSE)..... 12
INSUPEN PEN NEEDLES..162	JEMPERLI..... 12	KISQALI FEMARA (600 MG
INSUPEN SENSITIVE.....162	<i>jencycla</i> 116	DOSE)..... 13
INSUPEN ULTRAFIN 162, 163	JENTADUETO 28	KLISYRI (250 MG)..... 72
INSUPEN32G EXTR3ME..163	JENTADUETO XR..... 28	<i>klor-con m10</i> 188
INTELENCE.....134	<i>jolessa</i> 116	<i>klor-con m15</i> 188
INTRON A.....139	<i>juleber</i> 116	<i>klor-con m20</i> 188
<i>introvale</i>.....116	JULUCA..... 135	KLOXXADO.....25
INVEGA HAFYERA.....42	<i>junel 1.5/30</i> 116	KMART VALU INSULIN
INVEGA SUSTENNA.....42	<i>junel 1/20</i> 116	SYRINGE 29G 163
INVEGA TRINZA.....42, 43	<i>junel fe 1.5/30</i> 116	KMART VALU INSULIN
INVELTYS .....98	<i>junel fe 1/20</i> 116	SYRINGE 30G 163
IPOL.....91	<i>junel fe 24</i> 116	KOSELUGO 13
<i>ipratropium bromide</i> .....67, 99	JYLAMVO 12	KOSHER PRENATAL PLUS
<i>ipratropium-albuterol</i>.....67	JYNARQUE 55	IRON.....194
<i>irbesartan</i> .....51	JYNNEOS 92	KRAZATI..... 13
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	K	KROGER INSULIN SYRINGE
.....51	KALETRA..... 135	 163
ISENTRESS.....135	KALYDECO 64	KROGER PEN NEEDLES..163
ISENTRESS HD .....134	<i>kariva</i> 116	<i>kurvelo</i> 116
<i>isibloom</i>.....116	<i>kelnor 1/35</i> 116	KYLEENA.....116
<i>isoniazid</i>.....132	<i>kelnor 1/50</i> 116	KYNMOBI .....38
<i>isosorbide dinitrate</i> .....57	KENDALL HYDROPHILIC	KYNMOBI TITRATION KIT
<i>isosorbide mononitrate</i>.....57	FOAM DRESS 163	38
<i>isosorbide mononitrate er</i> .....57	KENDALL HYDROPHILIC	L
ITOVEBI.....12	FOAM PLUS..... 163	<i>labetalol hcl</i> .....48
<i>itraconazole</i>.....131	KERENDIA..... 57	<i>lacosamide</i> 123
<i>ivabradine hcl</i>.....50	KESIMPTA 62	<i>lactulose</i> 75
<i>ivermectin</i>.....37	<i>ketoconazole</i> 131	<i>lamivudine</i> 135
IWILFIN.....12	<i>ketorolac tromethamine</i> . 98, 102	<i>lamivudine-zidovudine</i> 135
IXCHIQ.....91	KEYTRUDA 12	<i>lamotrigine</i> 123
IXIARO.....92	KIMMTRAK..... 12	LANREOTIDE ACETATE...81
J	KINERET 86	<i>lansoprazole</i> 74
J & J GAUZE .....163	KINRAY INSULIN SYRINGE	LANTUS.....31
JAKAFI.....12	 163	LANTUS SOLOSTAR 31
	KINRIX 92	

<i>lapatinib ditosylate</i>	13	<i>levetiracetam er</i>	123	<i>loperamide hcl</i>	75
<i>larin 1.5/30</i>	116	<i>levobunolol hcl</i>	95	<i>lopinavir-ritonavir</i>	135
<i>larin 1/20</i>	116	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	132	LOQTORZI.....	14
<i>larin 24 fe</i>	116	<i>levofloxacin</i>	112	<i>lorazepam</i>	26
<i>larin fe 1.5/30</i>	116	<i>levofloxacin in d5w</i>	112	<i>lorazepam intensol</i>	26
<i>larin fe 1/20</i>	116	<i>levonest</i>	117	LORBRENA.....	14
<i>larissia</i>	116	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	117	<i>losartan potassium</i>	51
<i>latanoprost</i>	95	<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i>	117	<i>losartan potassium-hctz</i>	51
LAZCLUZE	13	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> 117		LOTEMAX.....	98
LEADER INSULIN SYRINGE	163	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> 117		LOTEMAX SM	98
LEADER UNIFINE PENTIPS	163	<i>levora 0.15/30 (28)</i>	117	<i>loteprednol etabonate</i>	98
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS	163	<i>levothyroxine sodium</i>	77	<i>lovastatin</i>	53
<i>leflunomide</i>	86	LEXIVA	135	<i>low-ogestrel</i>	117
<i>lenalidomide</i>	13	<i>l-glutamine</i>	100	<i>loxapine succinate</i>	43
LENTOCILIN	111	LIBERVANT.....	123	<i>lubiprostone</i>	75
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	13	<i>lidocaine</i>	105	LUMAKRAS	14
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	13	<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	105	LUMIGAN.....	95
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	13	<i>lidocaine viscous hcl</i>	105	LUNSUMIO	14
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	13	<i>lidocaine-prilocaine</i>	105	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	14, 81
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	13	<i>lidocan</i>	105	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	14, 81
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	13	LILETTA (52 MG).....	117	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	14
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	13	<i>lillow</i>	117	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	14
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	14	<i>linezolid</i>	107	LUPRON DEPOT-PED (3- MONTH).....	81
<i>lessina</i>	116	LINZESS	75	LUPRON DEPOT-PED (6- MONTH).....	81
<i>letrozole</i>	14	<i>liothyronine sodium</i>	77	<i>lurasidone hcl</i>	43
<i>leucovorin calcium</i>	100	<i>lisinopril</i>	56	<i>lutura</i>	117
LEUKERAN	14	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> 56		LUTRATE DEPOT	81
<i>leuprolide acetate</i>	14	LITETOUCH INSULIN SYRINGE.....	163, 164	LYBALVI.....	43
LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH).....	14	LITETOUCH PEN NEEDLES	164	<i>lyleq</i>	117
<i>levetiracetam</i>	123	<i>lithium</i>	62	LYNPARZA	15
		<i>lithium carbonate</i>	62	LYSODREN	15
		LITHIUM CARBONATE.....	62	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	15
		<i>lithium carbonate er</i>	62	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	15
		LIVTENCITY	138		
		LOKELMA.....	75		
		LONSURF	14		

LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	15
lyza	117
M	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR	164, 165
magnesium sulfate	188
malathion	73
maraviroc	135
MARGENZA	15
marlissa	117
MARPLAN	128
MATULANE	15
MAVENCLAD (10 TABS)	62
MAVENCLAD (4 TABS)	62
MAVENCLAD (5 TABS)	62
MAVENCLAD (6 TABS)	62
MAVENCLAD (7 TABS)	62
MAVENCLAD (8 TABS)	62
MAVENCLAD (9 TABS)	62
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	165
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	165
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	165
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2	165
MAYZENT	62
MAYZENT STARTER PACK	62
meclizine hcl	36
MEDIC INSULIN SYRINGE	165
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES	165
MEDPURA ALCOHOL PADS	165
medroxyprogesterone acetate	82
mefloquine hcl	37
megestrol acetate	15, 82

MEIJER ALCOHOL SWABS	165
MEIJER PEN NEEDLES	165
MEKINIST	15
MEKTOVI	15
meleya	117
meloxicam	102
memantine hcl	27
memantine hcl er	27
MENACTRA	92
MENQUADFI	92
MENVEO	92
mercaptapurine	15
meropenem	108
mesalamine	58
mesalamine er	58
mesna	100
metformin hcl	28
metformin hcl er	28
methadone hcl	104
methazolamide	95
methenamine hippurate	107
methimazole	77
methocarbamol	193
methotrexate sodium	15, 16
METHOTREXATE SODIUM	15
methotrexate sodium (pf)	15
methoxsalen rapid	72
methsuximide	123
methylphenidate hcl	63
methylprednisolone	80
methylprednisolone acetate ...	80
metoclopramide hcl	75
metolazone	55
metoprolol succinate er	48
metoprolol tartrate	48
metronidazole	73, 106, 107
metryrosine	50
micafungin sodium	131
MICONAZOLE 3	131

MICRODOT PEN NEEDLE	165, 166
microgestin 1.5/30	117
microgestin 1/20	117
microgestin 24 fe	117
microgestin fe 1.5/30	117
microgestin fe 1/20	117
midodrine hcl	47
MIEBO	99
mifepristone	29
mili	118
mimvey	79
minitran	57
minocycline hcl	113
minoxidil	57
MIPLYFFA	139
mirabegron er	77
MIRASORB SPONGES	166
MIRENA (52 MG)	118
mirtazapine	128
misoprostol	74
mitoxantrone hcl	16
MM PEN NEEDLES	166
M-M-R II	92
M-NATAL PLUS	194
modafinil	59
moexipril hcl	56
molindone hcl	43
mometasone furoate	71, 98
MONOJECT INSULIN SYRINGE	166
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE ...	166, 167
mono-lynhah	118
montelukast sodium	66
MORPHINE SULFATE	104
morphine sulfate (concentrate)	104
morphine sulfate er	104
MOUNJARO	29
MOVANTIK	75

<i>moxifloxacin hcl</i>	96, 112	NEXLETOL	53	NOVOFINE PLUS PEN	
MOXIFLOXACIN HCL	112	NEXLIZET	53	NEEDLE	167
MOXIFLOXACIN HCL IN		NEXPLANON	118	NOVOLIN 70/30	32
NACL	112	NIACIN		NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	31
MRESVIA	92	(ANTIHYPERLIPIDEMIC)		NOVOLIN 70/30 RELION	32
MS INSULIN SYRINGE	167	.....	53	NOVOLIN N	32
MULTAQ	47	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	53	NOVOLIN N FLEXPEN	32
<i>mupirocin</i>	73	NIACOR	53	NOVOLIN N RELION	32
MVASI	16	NICOTROL NS	25	NOVOLIN R	32
<i>mycophenolate mofetil</i>	86	<i>nifedipine er</i>	52	NOVOLIN R FLEXPEN	32
<i>mycophenolate mofetil hcl</i>	86	<i>nifedipine er osmotic release</i>	52	NOVOLIN R RELION	32
<i>mycophenolate sodium</i>	87	NIKTIMVO	87	NOVOTWIST PEN NEEDLE	
N		<i>nilutamide</i>	16	.....	167
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	76	NINLARO	16	NUBEQA	16
<i>nabumetone</i>	102	<i>nitazoxanide</i>	37	NUCALA	64
<i>nafcillin sodium</i>	111	<i>nitisinone</i>	193	NULOJIX	87
<i>naloxone hcl</i>	25	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	107	NUPLAZID	43
<i>naltrexone hcl</i>	25	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>		NURTEC	34
<i>naproxen</i>	102, 103	.....	107	<i>nyamyc</i>	131
<i>naratriptan hcl</i>	34	<i>nitroglycerin</i>	57, 100	<i>nylia 1/35</i>	118
NATACYN	96	NIVA-PLUS	194	<i>nylia 7/7/7</i>	118
<i>nateglinide</i>	29	NIVESTYM	192	<i>nymyo</i>	118
NATPARA	58	NORDITROPIN FLEXPEN	81	<i>nystatin</i>	131, 132
NAYZILAM	123	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	118	<i>nystatin-triamcinolone</i>	132
<i>nebivolol hcl</i>	48	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	118	<i>nystop</i>	132
<i>nefazodone hcl</i>	128	<i>norethindrone</i>	118	NYVEPRIA	192
NEFAZODONE HCL	128	<i>norethindrone acetate</i>	82	O	
<i>neomycin sulfate</i>	106	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>		OBSTETRIX DHA	194
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>		.....	118	OCREVUS	63
.....	96	<i>norgestimate-eth estradiol</i> ...	118	OCREVUS ZUNOVO	63
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>		<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>		<i>octreotide acetate</i>	81
.....	96	.....	118	ODEFSEY	136
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>		<i>norlyda</i>	118	ODOMZO	16
.....	96	<i>norlyroc</i>	118	OFEV	64
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	96	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	118	<i>ofloxacin</i>	97
<i>neo-polycin</i>	97	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	118	OGIVRI	16
<i>neo-polycin hc</i>	96	<i>nortrel 7/7/7</i>	118	OGSIVEO	16
NERLYNX	16	<i>nortriptyline hcl</i>	128, 129	OJEMDA	16
<i>neuac</i>	73	NORVIR	135, 136	OJJAARA	16
NEULASTA ONPRO	192	NOVOFINE AUTOCOVER	167	<i>olanzapine</i>	43
<i>nevirapine</i>	135	NOVOFINE PEN NEEDLE	167	<i>olmesartan medoxomil</i>	51
<i>nevirapine er</i>	135			<i>olmesartan medoxomil-hctz</i> ...	51

<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	51	ORSERDU.....	17	PEN NEEDLES	168
<i>olopatadine hcl</i>	99	<i>oseltamivir phosphate</i>	138	PENBRAYA.....	92
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	53	OTEZLA.....	87	<i>penicillamine</i>	105
<i>omeprazole</i>	74	<i>oxandrolone</i>	78	<i>penicillin g potassium</i>	111
OMNIPOD 5 DEXG7G6		<i>oxcarbazepine</i>	124	<i>penicillin g procaine</i>	111
INTRO GEN 5	167	<i>oxybutynin chloride</i>	77	<i>penicillin v potassium</i>	111
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS		<i>oxybutynin chloride er</i>	77	PENTACEL	92
GEN 5.....	167	<i>oxycodone hcl</i>	104	<i>pentamidine isethionate</i>	37
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN		<i>oxycodone-acetaminophen</i> ..	104	PENTIPS.....	168
5).....	168	OZEMPIC (0.25 OR 0.5		PENTIPS GENERIC PEN	
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN		MG/DOSE).....	29	NEEDLES.....	168, 169
5).....	168	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	29	<i>pentoxifylline er</i>	191
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS		OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	29	<i>perampanel</i>	124
G6.....	168	P		<i>perindopril erbumine</i>	56
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS		<i>pacerone</i>	47	<i>periogard</i>	68
G6 PODS.....	168	PACLITAXEL PROTEIN-		<i>permethrin</i>	73
OMNIPOD CLASSIC PDM		BOUND PART	17	<i>perphenazine</i>	44
(GEN 3).....	168	<i>paliperidone er</i>	44	<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	129
OMNIPOD CLASSIC PODS		PANRETIN	72	PERSERIS	44
(GEN 3).....	168	<i>pantoprazole sodium</i>	74	<i>phenelzine sulfate</i>	129
OMNIPOD DASH INTRO		<i>paricalcitol</i>	58, 59	<i>phenobarbital</i>	124
(GEN 4).....	168	<i>paromomycin sulfate</i>	37	<i>phenytek</i>	124
OMNIPOD DASH PDM (GEN		<i>paroxetine hcl</i>	129	<i>phenytoin</i>	124
4).....	168	<i>paroxetine hcl er</i>	129	<i>phenytoin sodium</i>	124
OMNIPOD DASH PODS (GEN		PAXLOVID (150/100).....	138	<i>phenytoin sodium extended</i> ..	124
4).....	168	PAXLOVID (300/100 &		PIFELTRO.....	136
ONAPGO	38	150/100).....	138	<i>pilocarpine hcl</i>	68, 95
<i>ondansetron</i>	36	PAXLOVID (300/100).....	138	<i>pimecrolimus</i>	71
<i>ondansetron hcl</i>	36	<i>pazopanib hcl</i>	17	<i>pimozide</i>	44
ONTRUZANT	16	PC UNIFINE PENTIPS.....	168	<i>pimtrea</i>	119
ONUREG	16	PEDIARIX.....	92	<i>pioglitazone hcl</i>	29
OPDIVO.....	17	PEDVAX HIB	92	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	
OPDIVO QVANTIG.....	17	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> .	76	.....	29
OPDUALAG.....	17	<i>peg-3350/electrolytes</i>	76	PIP PEN NEEDLES 31G X	
OPIPZA	43	PEGASYS	139	5MM	169
OPSUMIT	101	PEMAZYRE.....	17	PIP PEN NEEDLES 32G X	
ORENCIA	87	<i>pemetrexed disodium</i>	17	4MM	169
ORENCIA CLICKJECT	87	PEMETREXED DISODIUM	17	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	
ORFADIN	193	<i>pemetrexed ditromethamine</i> ..	17	.....	112
ORGOVYX.....	81	PEMRYDI RTU	17	PIQRAY (200 MG DAILY	
ORILISSA.....	81	PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP		DOSE).....	18
ORKAMBI.....	65	.....	168		

PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....18	PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE..... 169	<i>prochlorperazine edisylate</i> 36, 44
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....18	PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 169	<i>prochlorperazine maleate</i> 36
<i>pirfenidone</i> .....65	<i>pregabalin</i> 124	<i>procto-med hc</i> 71
<i>pirmella 1/35</i> .....119	PREHEVBRIO 92	<i>proctosol hc</i> 71
<i>pirmella 7/7/7</i> .....119	PREMARIN..... 79	<i>proctozone-hc</i> 71
<i>pitavastatin calcium</i> .....54	PREMPHASE..... 79	PRODIGY INSULIN SYRINGE 170
PLEGRIDY .....63	PREMPRO 79	<i>progesterone</i> 82
PLEGRIDY STARTER PACK .....63	PRENA 1 TRUE..... 194	PROGRAF 87
PNV 27-CA/FE/FA .....194	PRENAISSANCE 194	PROLIA 59
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN.....194	PRENAISSANCE PLUS.... 194	PROMACTA 192
PNV TABS 29-1 .....194	PRENATABS FA..... 194	<i>promethazine hcl</i>.....36
PNV-DHA+DOCUSATE ....194	PRENATAL 195	<i>promethegan</i> 36
PNV-OMEGA.....194	PRENATAL 19 194	<i>propafenone hcl</i> 47
<i>podofilox</i>.....72	PRENATAL PLUS IRON... 195	<i>propafenone hcl er</i> 47
<i>polycin</i> .....97	PRENATAL-U 195	<i>propranolol hcl</i> 48
<i>polymyxin b-trimethoprim</i> .....97	PREPLUS 195	<i>propranolol hcl er</i> 48
POMALYST .....18	PRETAB..... 195	<i>propylthiouracil</i> 77
<i>portia-28</i>.....119	<i>prevalite</i> 54	PROQUAD 92
<i>posaconazole</i> .....132	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 169	<i>protriptyline hcl</i> 129
<i>potassium chloride</i> .....189	PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 169, 170	PULMOZYME 193
<i>potassium chloride crys er</i> ...188	<i>previfem</i> 119	PURE COMFORT ALCOHOL PREP 170
<i>potassium chloride er</i> ...188, 189	PREVYMIS..... 138	PURE COMFORT PEN NEEDLE..... 170, 171
<i>potassium citrate er</i>.....189	PREZCOBIX..... 136	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 171
<i>pramipexole dihydrochloride</i> .38	PREZISTA..... 136	PX SHORTLENGTH PEN NEEDLES..... 171
<i>prasugrel hcl</i> .....191	PRIFTIN 132	<i>pyrazinamide</i> 132
<i>pravastatin sodium</i> .....54	PRIMAQUINE PHOSPHATE 37	<i>pyridostigmine bromide</i> 100
<i>praziquantel</i>.....37	<i>primidone</i> 124	<i>pyrimethamine</i>.....37
<i>prazosin hcl</i> .....47	PRIORIX 92	Q
PRECISION SUREDOSE PLUS SYR .....169	PRO COMFORT ALCOHOL 170	QC ALCOHOL 171
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE.....169	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE..... 170	QC ALCOHOL SWABS 171
<i>prednisolone</i> .....80	PRO COMFORT PEN NEEDLES 170	QC BORDER ISLAND GAUZE 171
<i>prednisolone acetate</i> .....98	<i>probenecid</i> 34	QINLOCK..... 18
<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....80	PROCALAMINE 46	QUADRACEL..... 92
<i>prednisone</i> .....80	<i>prochlorperazine</i> 36	<i>quetiapine fumarate</i> 44
		<i>quetiapine fumarate er</i> 44

QUICK TOUCH INSULIN		
PEN NEEDLE.....	171	
<i>quinapril hcl</i>	56	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	56	
<i>quinidine sulfate</i>	47	
<i>quinine sulfate</i>	37	
QULIPTA.....	35	
R		
RA ALCOHOL SWABS	171	
<i>ra clotrimazole</i>	132	
RA INSULIN SYRINGE	171,	
172		
<i>ra isopropyl alcohol wipes</i> ...	172	
RA PEN NEEDLES	172	
RA STERILE	172	
RABAVERT	93	
<i>rabeprazole sodium</i>	74	
RALDESY	129	
<i>raloxifene hcl</i>	79	
<i>ramipril</i>	56	
<i>ranolazine er</i>	50	
<i>rasagiline mesylate</i>	38	
RASUVO	87	
RAYA SURE PEN NEEDLE		
.....	172	
RAYALDEE	59	
REALITY INSULIN SYRINGE		
.....	172	
REALITY SWABS	172	
<i>reclipsen</i>	119	
RECOMBIVAX HB	93	
RELENZA DISKHALER	138	
RELION ALCOHOL SWABS		
.....	172	
RELION INSULIN SYRINGE		
.....	172, 173	
RELI-ON INSULIN SYRINGE		
.....	172	
RELION MINI PEN NEEDLES		
.....	173	
RELION PEN NEEDLES	173	
<i>repaglinide</i>	29	
REPATHA.....	54	
REPATHA PUSHTRONEX		
SYSTEM	54	
REPATHA SURECLICK.....	54	
RESTORE CONTACT LAYER		
.....	173	
RETACRIT.....	192	
RETEVMO.....	18	
RETROVIR	136	
REVUFORJ	18	
REXULTI	44	
REYATAZ.....	136	
REZLIDHIA.....	18	
REZUROCK.....	87	
RHOPRESSA	95	
RIABNI	18	
<i>ribavirin</i>	139	
<i>rifabutin</i>	132	
<i>rifampin</i>	132	
<i>riluzole</i>	63	
RINVOQ.....	88	
RINVOQ LQ	87	
<i>risperidone</i>	44	
<i>risperidone microspheres er</i> ..	44	
<i>ritonavir</i>	136	
RITUXAN HYCELA	18	
<i>rivastigmine</i>	27	
<i>rivastigmine tartrate</i>	27	
<i>rizatriptan benzoate</i>	35	
ROCKLATAN.....	95	
<i>roflumilast</i>	65	
ROMVIMZA	19	
<i>ropinirole hcl</i>	39	
<i>ropinirole hcl er</i>	38	
<i>rosadan</i>	73	
<i>rosuvastatin calcium</i>	54	
ROTARIX	93	
ROTATEQ.....	93	
ROZLYTREK	19	
RUBRACA.....	19	
<i>rufinamide</i>	124	
RUKOBIA	136	
RUXIENCE	19	
RYBELSUS	29	
RYBELSUS (FORMULATION		
R2).....	29	
RYBREVANT	19	
RYDAPT.....	19	
RYKINDO	45	
RYTELO.....	19	
S		
SAFETY INSULIN		
SYRINGES	173	
SAFETY PEN NEEDLES ..	173	
SANTYL.....	72	
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	193	
SAVELLA	63	
SAVELLA TITRATION PACK		
.....	63	
SB ALCOHOL PREP	173	
SB INSULIN SYRINGE	173	
SCSEMBLIX	19	
<i>scopolamine</i>	36	
SECUADO.....	45	
SECURESAFE INSULIN		
SYRINGE	173, 174	
SECURESAFE SAFETY PEN		
NEEDLES.....	174	
SELARSDI	88	
SELECT-OB	195	
<i>selegiline hcl</i>	39	
<i>selenium sulfide</i>	73	
SELZENTRY	136	
SEMGLEE (YFGN).....	32	
SE-NATAL 19.....	195	
SEREVENT DISKUS.....	67	
SEROSTIM.....	81	
<i>sertraline hcl</i>	129	
<i>setlakin</i>	119	
<i>sevelamer carbonate</i>	75	
<i>sevelamer hcl</i>	76	
SEZABY	125	
<i>sf 5000 plus</i>	68	
<i>sharobel</i>	119	

SHINGRIX.....	93
SIGNIFOR	81
<i>sildenafil citrate</i>	101
<i>silver sulfadiazine</i>	73
SIMBRINZA.....	95
<i>simliya</i>	119
<i>simvastatin</i>	54
<i>sirolimus</i>	88
SIRTURO.....	133
SKYLA.....	119
SKYRIZI	88
SKYRIZI (150 MG DOSE)....	88
SKYRIZI PEN.....	88
SM ALCOHOL PREP	174
SM GAUZE.....	174
<i>sodium chloride</i>	189
<i>sodium fluoride</i>	69
SODIUM FLUORIDE 5000	
SENSITIVE.....	69
<i>sodium oxybate</i>	59
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> ..	75
<i>solifenacin succinate</i>	77
SOLQUA	32
SOLTAMOX.....	19
SOMATULINE DEPOT	82
SOMAVERT.....	82
<i>sorafenib tosylate</i>	19
<i>sorine</i>	48
<i>sotalol hcl</i>	48
<i>sotalol hcl (af)</i>	48
SPIRIVA RESPIMAT.....	68
<i>spironolactone</i>	55
<i>spironolactone-hctz</i>	55
SPRAVATO (56 MG DOSE)	
.....	129
SPRAVATO (84 MG DOSE)	
.....	129
<i>sprintec 28</i>	119
SPRITAM.....	125
<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i> ..	75
<i>sronyx</i>	119
<i>ssd</i>	73

<i>stavudine</i>	136
STELARA	88
STERILE	174
STERILE GAUZE.....	174
STIOLTO RESPIMAT.....	68
STIVARGA.....	19
STRENSIQ	193
<i>streptomycin sulfate</i>	106
STRIBILD	136
STRIVERDI RESPIMAT.....	68
<i>subvenite</i>	125
<i>sucrafate</i>	74
<i>sulfacetamide sodium</i>	97
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ...	97
<i>sulfadiazine</i>	112
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	
.....	112
<i>sulfasalazine</i>	58
<i>sulindac</i>	103
<i>sumatriptan</i>	35
<i>sumatriptan succinate</i>	35
<i>sumatriptan succinate refill</i> ...	35
<i>sunitinib malate</i>	19
SUNLENCA.....	136
SURE COMFORT ALCOHOL	
PREP.....	174
SURE COMFORT INSULIN	
SYRINGE.....	174, 175
SURE COMFORT PEN	
NEEDLES	175
SURE-JECT INSULIN	
SYRINGE.....	175
SURE-PREP ALCOHOL PREP	
.....	175
SURGICAL GAUZE SPONGE	
.....	175
SUTAB	76
SYMPAZAN	125
SYMTUZA	136
SYNJARDY	30
SYNJARDY XR.....	30
SYNRIBO.....	19

T	
TABLOID	19
TABRECTA	20
<i>tacrolimus</i>	71, 88
<i>tadalafil</i>	101
TAFINLAR.....	20
<i>tafluprost (pf)</i>	95
TAGRISSE	20
TALVEY.....	20
TALZENNA	20
<i>tamoxifen citrate</i>	20
<i>tamsulosin hcl</i>	76
<i>tarina 24 fe</i>	119
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	119
TARON-C DHA	195
TARON-PREX	195
TASIGNA	20
TAVNEOS.....	89
<i>tazarotene</i>	73
<i>tazicef</i>	109
TAZICEF	109
<i>taztia xt</i>	49
TAZVERIK.....	20
TDVAX.....	93
TECHLITE INSULIN	
SYRINGE	175
TECHLITE PEN NEEDLES	176
TECVAYLI.....	20
TEFLARO.....	109
<i>telmisartan</i>	51
<i>telmisartan-hctz</i>	51
<i>temazepam</i>	26
TEMIXYS.....	137
TENIVAC	93
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	
.....	137
TEPMETKO	20
<i>terazosin hcl</i>	76
<i>terbinafine hcl</i>	132
<i>terconazole</i>	106
TERIPARATIDE.....	59

TERUMO INSULIN SYRINGE	176	TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES	176	TRIJARDY XR.....	30
<i>testosterone</i>	78	TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR.....	176	<i>tri-legest fe</i>	119
<i>testosterone cypionate</i>	78	<i>topiramate</i>	125	<i>tri-linyah</i>	119
<i>testosterone enanthate</i>	78	<i>toposar</i>	21	<i>tri-lo-estarylla</i>	119
<i>tetrabenazine</i>	63	<i>toremifene citrate</i>	21	<i>tri-lo-marzia</i>	119
<i>tetracycline hcl</i>	113	<i>torpenz</i>	21	<i>tri-lo-mili</i>	120
TEVIMBRA.....	20	<i>torse mide</i>	55	<i>tri-lo-sprintec</i>	120
THALOMID.....	100	TOUJEO MAX SOLOSTAR	32	<i>trimethoprim</i>	107
<i>theophylline</i>	68	TOUJEO SOLOSTAR	32	<i>tri-mili</i>	120
<i>theophylline er</i>	68	TRADJENTA	30	<i>trimipramine maleate</i>	129
THERAGAUZE	176	<i>tramadol hcl</i>	105	TRINTELLIX	129
<i>thioridazine hcl</i>	45	<i>tramadol-acetaminophen</i>	105	<i>tri-nymyo</i>	120
<i>thiothixene</i>	45	<i>trandolapril</i>	56	<i>tri-previfem</i>	120
<i>tiadylt er</i>	49	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	56	<i>tri-sprintec</i>	120
<i>tiagabine hcl</i>	125	<i>tranexamic acid</i>	189	TRIUMEQ	137
TIBSOVO.....	20	<i>tranylcypromine sulfate</i>	129	TRIUMEQ PD	137
TICE BCG.....	20	<i>travoprost (bak free)</i>	95	TRIVEEN-DUO DHA.....	195
TICOVAC	93	TRAZIMERA.....	21	<i>trivora (28)</i>	120
TIGECYCLINE	113	<i>trazodone hcl</i>	129	<i>tri-vylibra</i>	120
<i>tilia fe</i>	119	TRECATOR	133	<i>tri-vylibra lo</i>	120
<i>timolol hemihydrate</i>	95	TRELEGY ELLIPTA.....	68	TRIZIVIR	137
<i>timolol maleate</i>	48, 95	TRELSTAR MIXJECT	21	TROGARZO.....	137
<i>tinidazole</i>	37	TREMFYA	89	<i>trospium chloride</i>	77
<i>tiotropium bromide</i> <i>monohydrate</i>	68	TREMFYA CROHNS INDUCTION	89	<i>trospium chloride er</i>	77
TIVDAK.....	20	TREMFYA ONE-PRESS.....	89	TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS.....	176
TIVICAY	137	TREMFYA PEN	89	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	176, 177
TIVICAY PD	137	TRESIBA.....	33	TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	177
<i>tizanidine hcl</i>	193	TRESIBA FLEXTOUCH.....	33	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP.....	177
TOBI PODHALER	106	<i>tretinoin</i>	21, 73	TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR.....	177
<i>tobramycin</i>	97, 106	<i>tri femynor</i>	119	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	177, 178
<i>tobramycin pak</i>	106	<i>triamcinolone acetonide</i> .	69, 71, 80	TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES.....	178
<i>tobramycin sulfate</i>	106	<i>triamterene-hctz</i>	55	TRUEPLUS INSULIN SYRINGE	178, 179
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	97	<i>triazolam</i>	26	TRUEPLUS PEN NEEDLES	179
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES	176	<i>trientine hcl</i>	105		
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE.....	176	<i>tri-estarylla</i>	119		
<i>tolterodine tartrate</i>	77	<i>trifluoperazine hcl</i>	45		
<i>tolterodine tartrate er</i>	77	<i>trifluridine</i>	97		
<i>tolvaptan</i>	55	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	39		

TRULICITY	30	ULTRA FLO INSULIN SYR		<i>valganciclovir hcl</i>	139
TRUMENBA	93	1/2 UNIT.....	183	<i>valproate sodium</i>	125
TRUQAP	21	ULTRA FLO INSULIN		<i>valproic acid</i>	125
TRUXIMA	21	SYRINGE.....	183, 184	<i>valsartan</i>	51
TUKYSA.....	21	ULTRA THIN PEN NEEDLES		<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	
TURALIO	21	.....	184	.....	51
<i>turgoz</i>	120	ULTRACARE INSULIN		VALTOCO 10 MG DOSE...	125
TWINRIX.....	93	SYRINGE.....	184	VALTOCO 15 MG DOSE...	125
TYBOST	100	ULTRACARE PEN NEEDLES		VALTOCO 20 MG DOSE...	125
TYENNE.....	89	.....	184	VALTOCO 5 MG DOSE.....	125
TYMLOS	59	ULTRA-COMFORT INSULIN		<i>valtya 1/50</i>	120
TYPHIM VI	93	SYRINGE.....	184	VALUE HEALTH INSULIN	
U		ULTRA-THIN II INS SYR		SYRINGE	186
UBRELVY	35	SHORT	185	<i>vancomycin hcl</i>	107
ULTICARE INSULIN		ULTRA-THIN II INSULIN		VANCOMYCIN HCL	107
SAFETY SYR.....	179	SYRINGE.....	185	VANFLYTA.....	21
ULTICARE INSULIN		ULTRA-THIN II MINI PEN		VANISHPOINT INSULIN	
SYRINGE.....	179, 180	NEEDLE.....	185	SYRINGE	186, 187
ULTICARE MICRO PEN		ULTRA-THIN II PEN		VAQTA.....	94
NEEDLES	180	NEEDLE SHORT.....	185	<i>varenicline tartrate</i>	25
ULTICARE MINI PEN		ULTRA-THIN II PEN		<i>varenicline tartrate (starter)</i> ..	25
NEEDLES	180	NEEDLES	185	VARIVAX	94
ULTICARE PEN NEEDLES		UNIFINE OTC PEN NEEDLES		VAXCHORA.....	94
.....	180	.....	185	VEGZELMA.....	21
ULTICARE SHORT PEN		UNIFINE PEN NEEDLES..	185	VELTASSA	75
NEEDLES	181	UNIFINE PENTIPS	185	VEMLIDY	137
ULTIGUARD SAFEPAK		UNIFINE PENTIPS PLUS. 185,		VENCLEXTA.....	21, 22
PEN NEEDLE.....	181	186		VENCLEXTA STARTING	
ULTIGUARD SAFEPAK		UNIFINE PROTECT PEN		PACK.....	22
SYR/NEEDLE	181	NEEDLE.....	186	<i>venlafaxine hcl</i>	130
ULTILET ALCOHOL SWABS		UNIFINE SAFECONTROL		<i>venlafaxine hcl er</i>	130
.....	181	PEN NEEDLE	186	VEOZAH	100
ULTILET INSULIN SYRINGE		UNIFINE ULTRA PEN		<i>verapamil hcl</i>	50
.....	181, 182	NEEDLE.....	186	<i>verapamil hcl er</i>	49
ULTILET INSULIN SYRINGE		UPTRAVI.....	101	VERAPAMIL HCL ER	49
SHORT.....	182	UPTRAVI TITRATION.....	101	VERIFINE INSULIN PEN	
ULTILET PEN NEEDLE ...	182,	<i>ursodiol</i>	75	NEEDLE	187
183		URSODIOL	75	VERIFINE INSULIN	
ULTRA COMFORT INSULIN		UZEDY	45	SYRINGE	187
SYRINGE.....	183	V		VERIFINE PLUS PEN	
ULTRA FLO INSULIN PEN		<i>valacyclovir hcl</i>	139	NEEDLE	187
NEEDLES	183	VALCHLOR	72	VERQUVO	50

VERSACLOZ	45	WEBCOL ALCOHOL PREP		XPOVIO (80 MG TWICE	
VERZENIO	22	LARGE	187	WEEKLY)	23
V-GO 20	187	WEGMANS UNIFINE		XTANDI	23
V-GO 30	187	PENTIPS PLUS	187	<i>xulane</i>	120
V-GO 40	187	WELIREG	22	XULTOPHY	33
<i>vienva</i>	120	WINREVAIR	65	XYOSTED	78
<i>vigabatrín</i>	125, 126	<i>wixela inhub</i>	66	Y	
<i>vigadrone</i>	126	X		YERVOY	23
<i>vigpoder</i>	126	XALKORI	22	YESINTEK	89, 90
<i>vilazodone hcl</i>	130	<i>xarah fe</i>	120	YF-VAX	94
VIMKUNYA	94	XARELTO	191	YONSA	23
<i>vinorelbine tartrate</i>	22	XARELTO STARTER PACK		YUFLYMA (1 PEN)	90
<i>violele</i>	120	.....	191	YUFLYMA (2 SYRINGE)	90
VIRACEPT	137	XATMEP	22	YUFLYMA-CD/UC/HS	
VIREAD	137	XCOPRI	126	STARTER	90
VIRT-C DHA	195	XCOPRI (250 MG DAILY		<i>yuvafem</i>	79
VIRT-NATE DHA	195	DOSE)	126	Z	
VIRT-PN DHA	195	XCOPRI (350 MG DAILY		<i>zafemy</i>	120
VIRT-PN PLUS	195	DOSE)	126	<i>zafirlukast</i>	66
VITAFOL GUMMIES	195	XDEMVI	97	<i>zaleplon</i>	59
VITAFOL-OB+DHA	195	XELJANZ	89	ZATEAN-PN DHA	195
VITRAKVI	22	XELJANZ XR	89	ZATEAN-PN PLUS	196
VIVIMUSTA	22	XERMELO	75	ZEGALOGUE	100
VIVOTIF	94	XGEVA	59	ZEJULA	23, 24
VIZIMPRO	22	XIFAXAN	107	ZELBORAF	24
VOCABRIA	137	XIGDUO XR	30	<i>zenatane</i>	72
<i>volnea</i>	120	XIIDRA	99	ZENPEP	193
VONJO	22	XOLAIR	65	ZEVVRX STERILE ALCOHOL	
VORANIGO	22	XOSPATA	23	PREP PAD	187
<i>voriconazole</i>	132	XPOVIO (100 MG ONCE		<i>zidovudine</i>	137
VOSEVI	138	WEEKLY)	23	ZIIHERA	24
VOWST	100	XPOVIO (40 MG ONCE		<i>ziprasidone hcl</i>	46
VP INSULIN SYRINGE	187	WEEKLY)	23	<i>ziprasidone mesylate</i>	46
VP-PNV-DHA	195	XPOVIO (40 MG TWICE		ZIRABEV	24
VRAYLAR	45	WEEKLY)	23	ZIRGAN	97
VUMERITY	63	XPOVIO (60 MG ONCE		ZOLADEx	24
VYALEV	39	WEEKLY)	23	ZOLINZA	24
<i>vylibra</i>	120	XPOVIO (60 MG TWICE		<i>zolpidem tartrate</i>	59
VYLOY	22	WEEKLY)	23	<i>zolpidem tartrate er</i>	59
VYZULTA	95	XPOVIO (80 MG ONCE		ZONISADE	126
W		WEEKLY)	23	<i>zonisamide</i>	126
<i>warfarin sodium</i>	190			<i>zovia 1/35 (28)</i>	120

<i>zovia 1/35e (28)</i>	120
ZTALMY	126
ZTLIDO	105
ZURZUVAE	130

ZYDELIG	24
ZYKADIA	24
ZYLET	97
ZYNLONTA	24

ZYNYZ	24
ZYPREXA RELPREVV	46



Este formulario se actualizó el **08/01/2025**. 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