



Por favor, leer: Este documento contiene información sobre los medicamentos que cubre este plan.

Esta *Lista de medicamentos* se actualizó el: 1/1/2027

Formulary ID 27322 Version # 6



Enero 2027

Si desea obtener información más reciente o tiene otras preguntas, llámenos al **1-888-361-7526 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. O visite **www.hpsj-mvhp.org**.

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (HMO) | Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos o Formulario) para 2027

FAVOR DE LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE ALGUNOS DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRE ESTE PLAN.

Introducción

Este documento se llama *Lista de medicamentos cubiertos* (también se le conoce como *Lista de medicamentos*). En él se indica qué medicamentos y productos no farmacéuticos cubre Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. En la *Lista de medicamentos* también se indica si existen reglas o restricciones especiales para alguno de los medicamentos cubiertos por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. En el último capítulo del *Manual para miembros* se incluyen los términos clave y sus definiciones.

Índice

A. Descargos de responsabilidad	3
B. Preguntas frecuentes	10
B1. ¿Qué medicamentos recetados incluye la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviar, la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> también se conoce como “ <i>Lista de medicamentos</i> ”).	10
B2. ¿La <i>Lista de medicamentos</i> cambia en algún momento?	11
B3. ¿Qué pasa cuando hay cambios en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	12
B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o alguna medida que se deba tomar para obtener determinados medicamentos?	13
B5. ¿Cómo puedo saber si el medicamento que deseo tiene restricciones o si tengo que tomar alguna medida específica para obtenerlo?	14

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.hpsj-mvhp.org.



Última actualización: 01/2027

B6. ¿Qué pasa si Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP cambia sus reglas de cobertura de algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?	14
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	15
B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	15
B9. ¿Qué pasa si soy un nuevo miembro de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP y no encuentro mi medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> o tengo algún problema para obtenerlo?	15
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	17
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?.....	17
B12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción?	17
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	18
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cuál es su relación con los biosimilares?.....	18
B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?	18
B16. ¿Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP cubre productos no farmacéuticos de venta libre?.....	19
B17. ¿Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP cubre la provisión de medicamentos recetados a largo plazo?	19
B18. ¿De cuánto es mi copago?	19
C. Descripción general de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	20
C1. Lista de medicamentos, por tipo de medicamento	21
D. Índice de medicamentos cubiertos	26

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



www.hpsj-mvhp.org.

Última actualización: 01/2027

A. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de los medicamentos que pueden obtener los miembros de *Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP*.

- ❖ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP es un plan HMO que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal. La inscripción en Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP depende de la renovación del contrato.
- ❖ Puede consultar la versión actualizada de la Lista de medicamentos cubiertos de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP en www.hpsj-mvhp.org o llamando al 1-888-361-7526 (TTY: 711). La llamada es gratis.
- ❖ Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como letra grande, braille, audio o formato electrónico accesible. Llame al 1-888-361-7526 (TTY: 711) o a los números que figuran en la parte inferior de esta página. La llamada es gratuita.
- ❖ Este documento está disponible sin costo en inglés, español, camboyano y vietnamita.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

English

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-888-361-7526 (TTY 711)**. These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-888-361-7526 (TTY 711)** تتوفر أيضا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والخط الكبير. اتصل بـ **1-888-361-7526 (TTY 711)** هذه الخدمات مجانية

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.hpsj-mvhp.org.



Última actualización: 01/2027

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, գանգահարեք **1-888-361-7526 (TTY 711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներով ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված կյուրթեր: Զանգահարեք **1-888-361-7526 (TTY 711)**: Այս ծառայություններն անվճար են:

中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-888-361-7526 (TTY 711)**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-888-361-7526 (TTY 711)**。这些服务都是免费的。

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ **1-888-361-7526 (TTY 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-888-361-7526 (TTY 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.hpsj-mvhp.org.



Última actualización: 01/2027

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो **1-888-361-7526 (TTY 711)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-888-361-7526 (TTY 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意：日本語の対応が必要な場合は、**1-888-361-7526 (TTY 711)**へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスを用意しています。**1-888-361-7526 (TTY 711)**へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.hpsj-mvhp.org.



한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면

1-888-361-7526 (TTY 711) 번으로 의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-888-361-7526 (TTY 711)** 번으로 의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໃຫ້ໂທຫາເບີ

1-888-361-7526 (TTY 711). ຍັງມີຄວາ ຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມີໂຕພິມໃຫຍ່, ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-888-361-7526 (TTY 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໆ

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.hpsj-mvhp.org.



Última actualización: 01/2027

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ

1-888-361-7526 (TTY 711)។ ជំនួយ

និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ

ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធុសសម្រាប់ជនពិការ

និងជាពុម្ពអក្សរធំក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅលេខ

1-888-361-7526 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید،

با **1-888-361-7526 (TTY 711)** تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص

افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود

است. با **1-888-361-7526 (TTY 711)** تماس بگیرید. این خدمات رایگان

ارائه می‌شوند.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-888-361-7526 (TTY 711)**.

Предоставляются также средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Такие услуги предоставляются бесплатно

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.hpsj-mvhp.org.



Última actualización: 01/2027

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-888-361-7526 (TTY 711)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-888-361-7526 (TTY 711)**. นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วย ตัวอักษรขนาดใหญ่. กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-888-361-7526 (TTY 711)**. ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้.

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.hpsj-mvhp.org.



Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на Номер **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và bản in khổ chữ lớn.

Vui lòng gọi số **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.

- ❖ Llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP para comunicar su idioma o formato de preferencia. Le preguntaremos si la solicitud es para un documento o para todos.
- ❖ Si solicita que todos los documentos estén en inglés, español, camboyano, vietnamita u otro formato, se trata de una solicitud permanente. Su preferencia se registrará en nuestro sistema para toda la correspondencia y todos los comunicados en el futuro. Solo tiene que solicitar estas opciones una vez. Para otros idiomas, se debe hacer la solicitud para cada documento.
- ❖ Para actualizar sus preferencias en cualquier momento, llame al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.hpsj-mvhp.org.

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsj-mvhp.org.



B. Preguntas frecuentes

Aquí encontrará respuestas a sus preguntas sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*). Puede leer todas las preguntas frecuentes para obtener más información o buscar una pregunta específica y su respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados incluye la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviar, la *Lista de medicamentos cubiertos* también se conoce como “*Lista de medicamentos*”).

Los medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos* que comienza en la **Sección C** son los medicamentos que cubre Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Los medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia forma parte de nuestra red si tenemos un acuerdo con ella para trabajar con nosotros y prestarle servicios. Las denominamos “farmacias de la red”.

Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (BIC) cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

- Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP cubrirá todos los medicamentos que sean necesarios desde el punto de vista médico y estén incluidos en la *Lista de medicamentos*, siempre y cuando:
 - su médico u otro profesional de la salud determine que los necesita para mejorar o mantenerse sano;
 - Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP esté de acuerdo en que el medicamento es necesario desde el punto de vista médico para usted; y
 - usted surta la receta en una farmacia de la red de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP.
- En algunos casos, es necesario que tome alguna medida para poder obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en www.hpsj-mvhp.org o llamar a Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de este documento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsj-mvhp.org.



B2. ¿La *Lista de medicamentos* cambia en algún momento?

Sí, y Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP debe respetar las reglas de Medicare y Medi-Cal al realizar cambios. Podemos añadir o eliminar medicamentos de la *Lista de medicamentos* durante el año.

También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos hacer lo siguiente:

- Decidir que un medicamento requiera o no autorización previa. (La autorización previa es un permiso que se obtiene de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP antes de que le surtan un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Añadir o modificar restricciones de terapia escalonada para un medicamento. (La terapia escalonada significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para obtener más información sobre estas reglas relativas a los medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que funcione igual de bien que un medicamento que ya está en la *Lista de medicamentos*, o
- se descubra que un medicamento no es seguro; o
- un medicamento se retire del mercado.

Las preguntas B3 y B6 a continuación contienen más información sobre lo que sucede cuando cambia la *Lista de medicamentos*.

- Puede consultar la *Lista de medicamentos* actualizada de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP en línea en www.hpsj-mvhp.org. Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican mensualmente en el sitio web.
- También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de este documento para consultar la *Lista de medicamentos* actualizada.

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.hpsj-mvhp.org.



B3. ¿Qué pasa cuando hay cambios en la *Lista de medicamentos*?

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* se aplicarán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Sustitución por determinadas versiones nuevas de medicamentos.**

Podemos eliminar de inmediato un medicamento de la *Lista de medicamentos* si lo reemplazamos por determinadas versiones nuevas, pero el costo para usted del nuevo medicamento seguirá siendo de \$0. Si añadimos una nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiando sus reglas o límites de cobertura.

 - Es posible que no le informemos sobre dicho cambio con antelación, pero le enviaremos información sobre el cambio específico realizado luego de su aplicación.
 - Solo podemos realizar estos cambios si el medicamento que añadimos:
 - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca; o
 - es una nueva versión biosimilar determinada de productos biológicos originales incluidos en la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, si añadimos un biosimilar intercambiable que pueda sustituir a un producto biológico original sin necesidad de una nueva receta médica).
 - Puede que algunos de estos tipos de medicamentos le resulten nuevos. Para obtener más información, consulte la **Sección B14**.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que debe tomar para solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Eliminación de medicamentos peligrosos y otros medicamentos que se hayan retirado del mercado.** En ocasiones, un medicamento puede considerarse peligroso o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podemos eliminarlo inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso luego de que hagamos el cambio. El aviso le indicará qué debe hacer. Por ejemplo, puede ser necesario que llame al profesional que se lo recetó.

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.hpsj-mvhp.org.



Es posible que realicemos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con antelación sobre estos otros cambios en la *Lista de medicamentos*. Estos cambios podrían ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas directrices o hay nuevas pautas clínicas acerca de un medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* al añadir un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado; o
- eliminamos un producto biológico original al añadir un biosimilar; o
- cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

- le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio en la *Lista de medicamentos* o
- le avisaremos y entregaremos un suministro del medicamento para 30 días luego de que usted solicite un resurtido.

De este modo, tendrá tiempo para hablar con su médico u otro profesional de la salud. Ellos pueden ayudarlo a decidir:

- si hay algún medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar; o
- si le conviene solicitar una excepción de esos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10 a B12.

B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o alguna medida que se deba tomar para obtener determinados medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o se aplican límites a la cantidad que se puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otro profesional de la salud tendrán que tomar ciertas medidas para que le suministren el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa:** para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional de la salud deben obtener la autorización de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP con base en criterios específicos antes de surtir la receta. La autorización previa no es lo mismo que una derivación. Es posible que Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP no cubra el medicamento si no obtiene una autorización previa.

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.hpsj-mvhp.org.



- **Límites de cantidad:** en ocasiones, Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP limita la cantidad de un medicamento que puede obtener.
- **Terapia escalonada:** en ocasiones, Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP requiere que se siga una terapia escalonada. Esto significa que, para su afección médica, tendrá que probar los medicamentos en un orden determinado. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si su médico considera que el primer medicamento no le funciona, cubriremos el segundo.
- **Cobertura basada en indicaciones:** si Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP cubre un medicamento solo para algunas afecciones médicas, lo identificamos claramente en la *Lista de medicamentos*, junto con las afecciones médicas específicas que están cubiertas.

Para averiguar si un medicamento tiene límites o requisitos adicionales, consulte las tablas de la **Sección C**. También puede obtener más información visitando nuestro sitio web en www.hpsj-mvhp.org. Hemos publicado documentos en línea en los que se explican nuestras restricciones sobre autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitar que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción a estos límites. De este modo, tendrá tiempo para hablar con su médico u otro profesional de la salud, quien podrá ayudarle a decidir si hay algún medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar o si le conviene solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo puedo saber si el medicamento que deseo tiene restricciones o si tengo que tomar alguna medida específica para obtenerlo?

La tabla en la sección titulada “Lista de medicamentos, por tipo de medicamento” tiene una columna denominada “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”.

B6. ¿Qué pasa si Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP cambia sus reglas de cobertura de algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?

En algunos casos, le informaremos con antelación si haremos cambios o adiciones en materia de autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada para algún medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso previo y las situaciones en las que es posible que no podamos informarle con antelación cuando cambien nuestras reglas sobre los medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsj-mvhp.org.



B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la *Lista de medicamentos*?

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

- puede buscar por orden alfabético o
- puede buscar por tipo de medicamento.

Para hacer una búsqueda **alfabética**, busque su medicamento en el Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrarlo en la página I-1.

Para buscar **por tipo de medicamento**, consulte la **Sección C1** titulada “Lista de medicamentos, por tipo de medicamento”. Los medicamentos de esta sección se agrupan en categorías según su tipo. Por ejemplo, si toma un medicamento para la migraña, debe buscar en la categoría de “Agentes antimigrañosos”. Ahí encontrará medicamentos para tratar la migraña.

B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la *Lista de medicamentos*?

Si no encuentra su medicamento en la *Lista de medicamentos*, llame a Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de este documento y pregunte por él. Si le informan que Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP no cubrirá el medicamento, puede optar por alguna de las siguientes opciones:

- Pida a Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares al que desea tomar. Luego, muestre la lista a su médico u otro profesional que lo atienda, para que le recete un medicamento de la *Lista de medicamentos* que sea parecido al que usted quiere. **O bien,**
- Pida a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP que haga una excepción y cubra el medicamento. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B9. ¿Qué pasa si soy un nuevo miembro de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP y no encuentro mi medicamento en la *Lista de medicamentos* o tengo algún problema para obtenerlo?

Le podemos ayudar. Podemos cubrir un suministro temporal de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días como miembro de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. De este modo, tendrá tiempo para hablar con su médico u otro profesional de la salud, quien podrá ayudarle a decidir si hay algún medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar o si le conviene solicitar una excepción.

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.hpsj-mvhp.org.



Si su receta es para menos días, autorizaremos múltiples surtidos para proporcionarle un máximo de 30 días de medicación.

Cubriremos un suministro de 30 días de su medicamento si:

- toma un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*; o
- las reglas de nuestro plan no le permiten obtener la cantidad recetada por su médico; o
- el medicamento requiere la autorización previa de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP; o
- toma un medicamento que forma parte de una restricción de terapia escalonada.

Si está tomando un medicamento que Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP no considera de la Parte D, que no figura en la *Lista de medicamentos*, y tiene problemas para obtenerlo, Medi-Cal Rx podría cubrirlo. Si un medicamento excluido de la Parte D requiere una excepción y se produce una emergencia, Medi-Cal Rx le proporcionará un suministro de ese medicamento para un mínimo de 72 horas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. No olvide llevar su BIC de Medi-Cal para surtir sus recetas con Medi-Cal Rx.

Si se encuentra en una residencia para personas mayores u otro centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está incluido en la *Lista de medicamentos*, o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarlo. Si tiene más de 90 días en el plan, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que necesita (a menos que su receta sea para menos días), sea o no un miembro nuevo de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días como miembro de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP.

Si está pasando de un nivel de atención a otro (por ejemplo, al salir de un hospital), Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP cubrirá un suministro de transición de 31 días del medicamento para que pueda usarlo en su nuevo entorno.

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsj-mvhp.org.



B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?

Sí. Puede pedirle a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP que haga una excepción y cubra un medicamento que no esté en la *Lista de medicamentos*.

También puede pedirnos que cambiemos las reglas sobre su medicamento.

- Por ejemplo, Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP puede limitar la cantidad que cubre de un medicamento. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que lo cambiemos y cubramos más.
- Otros ejemplos son pedirnos que eliminemos las restricciones de terapia escalonada o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a Servicio al Cliente. Su representante de Servicio al Cliente trabajará con usted y con su médico para ayudarle a solicitar una excepción. También puede leer la **Sección G del capítulo 9** del *Manual para miembros* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción?

Una vez que recibamos una declaración de su médico que respalde su solicitud de excepción, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas. Si solicita una excepción, su médico o la persona que le receta el medicamento debe indicarnos los motivos de la solicitud. Es lo que denominamos una “declaración de respaldo”. Su médico o la persona que le receta el medicamento puede comunicarse con nosotros por teléfono o fax o enviarnos la declaración por correo a:

- Teléfono: 1-833-546-0796 (TTY: 711), los 7 días de la semana, las 24 horas del día
- Fax: 1-858-790-7100
- Correo postal: MedImpact

10181 Scripps Gateway Court

San Diego, CA 92131

Si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para obtener una decisión puede perjudicar su salud, pueden solicitar una excepción acelerada, que es una decisión más rápida. Si su médico apoya esta solicitud, le informaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas a partir de que recibamos su declaración de respaldo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.hpsj-mvhp.org.



B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos que los medicamentos de marca y funcionan igual de bien. Sus nombres no suelen ser muy conocidos.

Los medicamentos genéricos cuentan con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos de marca se pueden sustituir por versiones genéricas en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, siempre y cuando las leyes estatales lo permitan.

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP cubre tanto medicamentos de marca como genéricos.

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cuál es su relación con los biosimilares?

Cuando hablamos de medicamentos, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico. Los productos biológicos son fármacos más complejos que los fármacos tradicionales. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos tradicionales, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas que se llaman biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, el producto biológico original se puede sustituir por un biosimilar en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos de marca se pueden sustituir por medicamentos genéricos.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el **capítulo 5** del *Manual para miembros*.

B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?

Medicamentos de venta libre (over the counter, OTC). Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP cubre algunos medicamentos OTC si su proveedor los prescribe en una receta.

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP ofrece medicamentos y productos OTC como beneficio complementario de la Parte C. Para obtener más información sobre los beneficios complementarios, consulte el capítulo 4 del *Manual para miembros*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.hpsj-mvhp.org.



B16. ¿Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP cubre productos no farmacéuticos de venta libre?

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP cubre algunos productos no farmacéuticos OTC si su proveedor los prescribe en una receta.

Algunos ejemplos de este tipo de productos son las lancetas, las toallitas con alcohol y las jeringas de insulina.

Consulte la *Lista de medicamentos* de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP para saber cuáles son los productos no farmacéuticos OTC cubiertos.

B17. ¿Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP cubre la provisión de medicamentos recetados a largo plazo?

- **Programas de pedido por correo.** Ofrecemos un programa de pedido por correo que le permite recibir un suministro de hasta 90 días (niveles 2, 3 y 4) o 100 días (niveles 1 y 6) de sus medicamentos directamente en su hogar. Un suministro para 90 días o 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.
- **Programas de 90 o 100 días en farmacias minoristas.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer suministros de hasta 90 días (niveles 2, 3 y 4) o 100 días (niveles 1 y 6) de medicamentos cubiertos. Un suministro para 90 días o 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

B18. ¿De cuánto es mi copago?

Los copagos de los miembros de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP son de \$0 para productos recetados y no farmacéuticos, siempre y cuando se sigan las reglas del plan. Consulte las preguntas B15 y B16 para obtener más información acerca de los productos no farmacéuticos.

Los niveles son grupos de medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos*.

- Los medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos genéricos de Nivel 2 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos de marca preferidos de Nivel 3 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos de marca no preferidos de Nivel 4 tienen un copago de \$0.

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.hpsj-mvhp.org.



- Los medicamentos de especialidad de Nivel 5 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos de atención selectos de Nivel 6 tienen un copago de \$0.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de este documento.

C. Descripción general de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* proporciona información sobre los medicamentos que cubre Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Si no encuentra su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la **Sección C**. El índice contiene una lista alfabética de todos los medicamentos cubiertos por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP.

Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (BIC) cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.

Apelaciones conforme a la Parte D

- Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la modifiquemos si considera que cometimos un error.
- Por ejemplo, es posible que decidamos que un medicamento que usted desea no está cubierto o ha dejado de estar cubierto por Medicare o Medi-Cal.
- Si usted o el profesional que le recetó el medicamento no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden presentar una apelación. Si tiene alguna pregunta en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente a los números que figuran en la parte inferior de este documento.
- También puede leer el **capítulo 9** del *Manual para miembros* para saber cómo apelar una decisión.
- Los medicamentos que no pertenecen a la Parte D tienen reglas de apelación diferentes.

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.hpsj-mvhp.org.



C1. Lista de medicamentos, por tipo de medicamento

Los medicamentos de esta sección se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas que tratan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría de “Agentes cardiovasculares”. Ahí encontrará los medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

Estos son los significados de los códigos utilizados en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”:

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
G	Indicador genérico (Generic Indicator)	Este medicamento está compuesto por los mismos ingredientes que la versión de marca.
QL	Límite de cantidad (Quantity Limit)	Una forma de gestión de la utilización (utilization management, UM) que especifica limitaciones o restricciones cuantitativas en las recetas en un periodo determinado. Estas limitaciones pueden adoptar diversas formas, las más comunes son las restricciones diarias y mensuales en la cantidad de recetas que se pueden expedir o volver a expedir.
ST	Terapia escalonada (Step Therapy)	Debe probar uno o más medicamentos previamente indicados para su afección médica. Este medicamento solo se cubrirá si los anteriores no son eficaces para usted.
PA	Autorización previa (Prior Authorization)	Usted (o su médico) debe obtener una autorización previa antes de surtir su receta para este medicamento. Sin la aprobación previa, es posible que Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP no cubra este medicamento.
PA NSO	Autorización previa: nuevos comienzos (Prior Authorization – New Starts)	Si no ha tomado este medicamento antes, usted (o su médico) debe obtener una autorización previa antes de surtir la receta.
PA BvD	Autorización previa: Parte B vs. Parte D (Prior Authorization – Part B vs. Part D)	Este medicamento puede ser elegible para el pago en virtud de la Parte B o la Parte D de Medicare. Se requiere una revisión de autorización previa con base en las reglas de cobertura de Medicare.

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.hpsj-mvhp.org.



Última actualización: 01/2027

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
LA	Acceso limitado (Limited Access)	Es posible que este medicamento solo se encuentre disponible en algunas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente al 1-888-361-7526 (TTY: 711), los 7 días de la semana.
AGE	Restricción de edad (Age Restriction)	Este medicamento tiene restricciones de cobertura según el grupo de edad. Estas restricciones se basan en la aprobación otorgada por la FDA o en advertencias especiales sobre su uso en ciertas edades.
NDS	Suministro diario no prolongado (Non-Extended Day Supply)	Este medicamento no es elegible para un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”).
PA-HRM	Autorización previa: medicamentos de alto riesgo (Prior Authorization – High Risk Medications)	Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) han determinado que este medicamento puede resultar perjudicial y, por lo tanto, lo han clasificado como medicamento de alto riesgo para los beneficiarios de Medicare mayores de 65 años. Es posible que este medicamento no esté cubierto para los miembros de 65 años o más sin autorización previa.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se indican en cursiva y minúsculas (por ejemplo, *lisinopril*), los medicamentos de marca se indican en mayúsculas (por ejemplo, HUMIRA) y los productos no farmacéuticos se indican en minúsculas (por ejemplo, lancetas). La información incluida en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso” le indica si Health Plan of San Joaquin/ Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP tiene alguna regla para cubrir su medicamento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsj-mvhp.org.



Lista de abreviaturas de formas farmacéuticas

A continuación, se incluyen las abreviaturas, o formas abreviadas de palabras o frases, que pueden aparecer en la columna “Nombre del medicamento” de la siguiente sección.

ABREVIATURA DE LA FORMA FARMACÉUTICA	DEFINICIÓN
8 hr	8 horas
12 hr o 12h	12 horas
24 hr o 24hr	24 horas
72 hr	72 horas
act	activado
admix	añadido
aero	pulverizador
admin	administración
ampul	ampolleta
app, appl	aplicador
auto	automático
cap	cápsula
chew	masticable
CT	recubierto
comb	combo
del	retardada
diagn.	diagnóstico
disinteg, disintegrat	desintegración
dose	dosificación
DR	liberación retardada
EC	de capa entérica
emolnt	emoliente
ENFit	Conector Fit de nutrición enteral
er, ER	liberación prolongada

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsj-mvhp.org.



ABREVIATURA DE LA FORMA FARMACÉUTICA	DEFINICIÓN
ext, extnd, extend	prolongada
ext. rel., extend. release	liberación prolongada
gast	gástrico
HFA	hidrofluoroalcano
hi	alto
IR	liberación inmediata
liqd	líquido
lo	bajo
loz, lozeng	pastilla
mini lozenge	pastilla miniatura
misc	misceláneo
MP	multifase
muco-adhesive	adhesión a las mucosas
pak, pack	paquete
PCA	Analgesia controlada por el paciente
pca	analgesia controlada por el paciente
pell	microesferas
pk	paquete
Powdr	polvo
pt	paciente
recon	reconstituido
rel, releas	liberación
soln	solución
sprink, sprinkl	para espolvorear
susp, suspen	suspensión
syring	jeringa
tab	tableta

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsj-mvhp.org.



ABREVIATURA DE LA FORMA FARMACÉUTICA	DEFINICIÓN
TD	transdérmico
var	variable
w/	con

<Categoría terapéutica>

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites de uso

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsj-mvhp.org.



Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	28
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	45
Agentes Antiansiedad.....	46
Agentes Antidemencia.....	47
Agentes Antidiabetico	48
Agentes Antigota	52
Agentes Antihipoglicémicos	53
Agentes Antimigraña	53
Agentes Antinausea.....	54
Agentes Antiparasitarios	55
Agentes Antiparkinson	56
Agentes Antipsicóticos	57
Agentes Calóricos.....	63
Agentes Cardiovasculares.....	64
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica.....	74
Agentes De Trastorno De Sueño.....	75
Agentes Del Sistema Nervioso Central.....	75
Agentes Del Tracto Respiratorio	77
Agentes Dentales Y Orales.....	81
Agentes Dermatológicos.....	82
Agentes Gastrointestinales.....	86
Agentes Genitourinarios	89
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador.....	90
Agentes Inmunológicos	96
Agentes Oftálmicos	110
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta.....	111
Agentes Simpaticomiméticos (Adrenérgicos).....	115

Agentes Terapeuticos Misceláneos	116
Agentes Vasodilatadores	117
Analgésicos	117
Anestésicos.....	121
Antagonistas De Metales Pesados.....	122
Antibacterianos	122
Anticonceptivos	129
Anticonvulsivos	138
Antidepresivos.....	144
Antifúngicos	147
Antihistamínicos.....	149
Antimicobacteriales	149
Antivirales (Sitémico).....	150
Dispositivos.....	156
Parasimpaticomiméticos (Agentes Colinérgicos)	201
Preparaciones De Reemplazo	202
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen	203
Reemplazo/Modificadores De Enzima	205
Relajantes Musculares Esqueléticos	206
Vitaminas Y Minerales	207

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i> (Abirtega)	\$0 (Nivel 2)	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i> (abiraterone)	\$0 (Nivel 2)	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i> (fluorouracil)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	\$0 (Nivel 1)	
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (66 per 28 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (Vidaza)	\$0 (Nivel 5)	NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>bendamustine intravenous recon soln 25 mg</i> (Treanda)	\$0 (Nivel 2)	PA NSO
BEQALZI ORAL TABLET 1 MG, 20 MG, 5 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
BEQALZI STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 1-5-20-80 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
BESREMI PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 500 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (1 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	\$0 (Nivel 2)	PA NSO
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	\$0 (Nivel 2)	
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i> (Velcade)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG (bosutinib)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 500 MG (bosutinib)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>bosutinib oral tablet 100 mg</i> (Bosulif)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>bosutinib oral tablet 400 mg, 500 mg</i> (Bosulif)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAMCEVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 42 MG	\$0 (Nivel 4)	PA NSO
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 2 gram, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 5)	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	PA BvD; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i> (Sprycel)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i> (Sprycel)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Caelyx)	\$0 (Nivel 5)	PA BvD; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	\$0 (Nivel 4)	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	\$0 (Nivel 4)	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	\$0 (Nivel 4)	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	\$0 (Nivel 4)	PA NSO
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ENSACOVE ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (270 per 30 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i> (Avopef)	\$0 (Nivel 2)	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG (flutamide)	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Yulithira)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Yulithira)	\$0 (Nivel 2)	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 7.5 mg</i> (Yulithira)	\$0 (Nivel 2)	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	\$0 (Nivel 2)	
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	\$0 (Nivel 5)	PA BvD; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	\$0 (Nivel 3)	PA BvD
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Cligavyx)	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG (afatinib)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	\$0 (Nivel 2)	
HYRNUO ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	\$0 (Nivel 2)	PA NSO; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	\$0 (Nivel 2)	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (280 per 28 days)
INLEXZO INTRAVESICAL IMPLANT 225 MG	\$0 (Nivel 5)	PA BvD; NDS
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAKAFI XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
JIDEYTRO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nivel 4)	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
KISQALI 200 MG DAILY DOSE 200 MG/DAY (200 MG X 1)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (63 per 28 days)
KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (600 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 7.5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (390 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	\$0 (Nivel 1)	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i> (Lutrate Depot (3 month))	\$0 (Nivel 4)	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA NSO
LIFYORLI ORAL CAPSULE 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 125 MG/DAY(100 MG X1- 25MG X9), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X2), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X3), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X9)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
<i>lomustine oral capsule 10 mg, 40 mg</i> (Gleostine)	\$0 (Nivel 2)	
<i>lomustine oral capsule 100 mg</i> (Gleostine)	\$0 (Nivel 5)	NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (100 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO VELO SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/ML, 5 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 5)	PA BvD; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) (leuprolide acetate (3 month)) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	\$0 (Nivel 4)	PA NSO
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (140 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i> (Purixan)	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (20 per 28 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i> (Tasigna)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i> (Tasigna)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (3 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG-5,000 UNIT/2.5 ML, 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	\$0 (Nivel 5)	PA BvD; NDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pazopanib oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 5)	NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>pomalidomide oral capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Pomalyst)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (pomalidomide)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
RASONQUE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (8 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
RYBREVANT FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,600 MG-20,000 UNIT/10 ML, 2,240 MG-28,000 UNIT/14 ML, 2,400 MG-30,000 UNIT/15 ML, 3,520 MG-44,000 UNIT/22 ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	\$0 (Nivel 5)	NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	\$0 (Nivel 4)	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	\$0 (Nivel 2)	
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (64 per 28 days)
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 3)	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; LA; NDS
VEPPANU ORAL TABLET 100 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 50 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (Nivel 4)	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (80 MG X 1)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone, submicronized)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>yulithira oral tablet 10 mg, 7.5 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	\$0 (Nivel 2)	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>yulithira oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	\$0 (Nivel 2)	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ZENBEXUS ORAL CAPSULE 0.75 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA BvD; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	\$0 (Nivel 2)	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	\$0 (Nivel 3)	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	\$0 (Nivel 4)	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Chantix)	\$0 (Nivel 2)	QL (336 per 365 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box)	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Antiansiedad		
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	\$0 (Nivel 1)	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	\$0 (Nivel 1)	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (diazepam)	\$0 (Nivel 2)	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	\$0 (Nivel 1)	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i> (Lorazepam Intensol)	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i> (Ativan)	\$0 (Nivel 1)	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i> (Ativan)	\$0 (Nivel 1)	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> (Ativan)	\$0 (Nivel 4)	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i> (lorazepam)	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (150 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 22.5 mg</i> (Restoril)	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i> (Restoril)	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	\$0 (Nivel 1)	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i> (Aricept)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 360 MG/1.8 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (7.2 per 28 days)
LEQEMBI IQLIK SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 500 MG/2.5 ML (250MG/1.25MLX2)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (10 per 28 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> (Exelon Patch)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dapagliflozin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Farxiga)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 10-1,000 mg, 10-500 mg, 5-1,000 mg, 5-500 mg</i> (Xigduo XR)	\$0 (Nivel 2)	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin)	\$0 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG (linagliptin-metformin)	\$0 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (112 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus MET)	\$0 (Nivel 6)	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (240 per 30 days)
<i>sitagliptin phos-metformin oral tablet 50-1,000 mg, 50-500 mg</i> (Janumet)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 100-1,000 mg</i> (Janumet XR)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>sitagliptin phos-metformin oral tablet, er multiphase 24 hr 50-1,000 mg, 50-500 mg</i> (Janumet XR)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin phosphate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Januvia)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG (linagliptin)	\$0 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
Insulinas		

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)		\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)		\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	(Semglee(insulin glarg- yfgn)Pen)	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	(Semglee(insulin glargine-yfgn))	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	(Admelog U-100 Insulin lispro)	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine)	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine)	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)		\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 (insulin asp prt-insulin INSULN SUBCUTANEOUS aspart) SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN (insulin asp prt-insulin U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN aspart) PEN 100 UNIT/ML (70-30)	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN (insulin aspart u-100) ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (15 per 25 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR (insulin glargine u-300 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN conc) 300 UNIT/ML (3 ML)	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)		\$0 (Nivel 3)	max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas			
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>		\$0 (Nivel 6)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>		\$0 (Nivel 6)	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>		\$0 (Nivel 6)	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>		\$0 (Nivel 6)	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>		\$0 (Nivel 6)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>		\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>		\$0 (Nivel 6)	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		\$0 (Nivel 6)	QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>		\$0 (Nivel 6)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		\$0 (Nivel 6)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		\$0 (Nivel 6)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Agentes Antigota			
Agentes Antigota, Otros			
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i>	(Zyloprim)	\$0 (Nivel 1)	
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>		\$0 (Nivel 1)	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	(Colcris)	\$0 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	(Uloric)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>		\$0 (Nivel 2)	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>		\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antihipoglicémicos		
Agentes Antihipoglicémicos, Varios		
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	\$0 (Nivel 5)	NDS
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (1 per 30 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non- aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 75 MG	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	\$0 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	\$0 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, suv</i> (Imitrex STATdose Pen)	\$0 (Nivel 2)	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml autoinj suv</i> (Imitrex STATdose Pen)	\$0 (Nivel 4)	QL (4 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol</i> <i>20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	\$0 (Nivel 2)	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	\$0 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	\$0 (Nivel 4)	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	\$0 (Nivel 2)	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (5 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (16 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD; QL (8 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	\$0 (Nivel 2)	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 per 30 days)
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prochlorperazine maleate oral tablet</i> (Compazine) 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>prochlorperazine rectal suppository</i> (Compro) 25 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>promethazine oral tablet</i> 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>scopolamine base transdermal patch</i> (Transderm-Scop) 3 day 1 mg over 3 days	\$0 (Nivel 2)	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet</i> 200 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>atovaquone oral suspension</i> 750 mg/5 ml (Mepron)	\$0 (Nivel 2)	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet</i> 250-100 mg (Malarone)	\$0 (Nivel 2)	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet</i> 62.5-25 mg (Malarone Pediatric)	\$0 (Nivel 2)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet</i> 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 2)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (Nivel 4)	
<i>hydroxychloroquine oral tablet</i> 100 mg	\$0 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet</i> 200 mg (Plaquenil)	\$0 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet</i> 300 mg (Sovuna)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet</i> 400 mg	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet</i> 3 mg (Stromectol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ivermectin oral tablet</i> 6 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>mefloquine oral tablet</i> 250 mg	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	\$0 (Nivel 2)	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	\$0 (Nivel 4)	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	\$0 (Nivel 2)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	\$0 (Nivel 2)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (600 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (560 per 28 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (2 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (2 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	\$0 (Nivel 2)	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Saphris)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
BYSANTI ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nivel 5)	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
BYSANTI TITRATION PACK A ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	\$0 (Nivel 4)	ST
BYSANTI TITRATION PACK B ORAL TABLETS, DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	\$0 (Nivel 4)	ST
BYSANTI TITRATION PACK C ORAL TABLETS, DOSE PACK 1 MG(4)-2MG(2)- 6 MG (2)	\$0 (Nivel 4)	ST
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 (Nivel 5)	ST; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Clozaril)	\$0 (Nivel 2)	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	\$0 (Nivel 5)	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE, DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	\$0 (Nivel 5)	ST; NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nivel 5)	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	\$0 (Nivel 4)	ST
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS, DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	\$0 (Nivel 4)	ST
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS, DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)	\$0 (Nivel 4)	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	\$0 (Nivel 3)	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (0.88 per 70 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Latuda)	\$0 (Nivel 2)	
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (270 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i> (Zyprexa)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zyprexa)	\$0 (Nivel 2)	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa Zydis)	\$0 (Nivel 2)	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 5)	ST; NDS
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	\$0 (Nivel 2)	
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel XR)	\$0 (Nivel 2)	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	\$0 (Nivel 2)	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 25 mg/2 ml</i> (Rykindo)	\$0 (Nivel 2)	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i> (Rykindo)	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	\$0 (Nivel 2)	QL (480 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	\$0 (Nivel 1)	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML (risperidone microspheres)	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (2 per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	\$0 (Nivel 5)	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	ST; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, (Geodon) 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular (Geodon) recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	\$0 (Nivel 4)	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	\$0 (Nivel 4)	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	\$0 (Nivel 4)	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	\$0 (Nivel 4)	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	\$0 (Nivel 4)	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	\$0 (Nivel 4)	PA BvD
<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution</i> (d5 % and 0.9 % sodium chloride)	\$0 (Nivel 2)	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i> (D5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr)	\$0 (Nivel 2)	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	PA BvD
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-1)	\$0 (Nivel 2)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	\$0 (Nivel 2)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	\$0 (Nivel 2)	
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Pacerone)	\$0 (Nivel 2)	
<i>amiodarone oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	\$0 (Nivel 2)	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 3)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	\$0 (Nivel 2)	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Bloqueadores Alfa-Adrenérgicos		
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	\$0 (Nivel 1)	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	\$0 (Nivel 1)	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	\$0 (Nivel 1)	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	\$0 (Nivel 2)	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	\$0 (Nivel 2)	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	\$0 (Nivel 2)	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	\$0 (Nivel 1)	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg</i> (Lotrel)	\$0 (Nivel 6)	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	\$0 (Nivel 6)	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	\$0 (Nivel 6)	
<i>amlodipine-valsartan-hctiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i> (Exforge HCT)	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl)	\$0 (Nivel 2)	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i> (Tiadylt ER)	\$0 (Nivel 2)	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	\$0 (Nivel 2)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	\$0 (Nivel 2)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	\$0 (Nivel 2)	
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg</i> (Procardia XL)	\$0 (Nivel 2)	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	\$0 (Nivel 2)	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	\$0 (Nivel 2)	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Cardiovasculares, Varios		
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Lanoxin)	\$0 (Nivel 1)	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Firazyr)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Corlanor)	\$0 (Nivel 2)	ST; QL (60 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<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)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina II		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	\$0 (Nivel 6)	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	\$0 (Nivel 6)	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Avapro)	\$0 (Nivel 6)	
<i>irbesartan oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	\$0 (Nivel 6)	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	\$0 (Nivel 6)	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	\$0 (Nivel 6)	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	\$0 (Nivel 6)	
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> (Tribenzor)	\$0 (Nivel 6)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	\$0 (Nivel 6)	
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg</i> (Entresto)	\$0 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg</i> (Entresto)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	\$0 (Nivel 6)	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	\$0 (Nivel 6)	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	\$0 (Nivel 6)	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	\$0 (Nivel 6)	
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i> (Caduet)	\$0 (Nivel 6)	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	\$0 (Nivel 6)	
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran)	\$0 (Nivel 2)	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine)	\$0 (Nivel 2)	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	\$0 (Nivel 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin 10-10)	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20)	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40)	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80)	\$0 (Nivel 6)	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	\$0 (Nivel 6)	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	\$0 (Nivel 1)	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i> (Vascepa)	\$0 (Nivel 2)	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i> (Vascepa)	\$0 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	\$0 (Nivel 3)	ST; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	\$0 (Nivel 3)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	\$0 (Nivel 2)	ST; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Livalo)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine)	\$0 (Nivel 2)	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	\$0 (Nivel 3)	ST; QL (7 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	ST; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	\$0 (Nivel 6)	
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	\$0 (Nivel 6)	
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 50 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (0.8 per 28 days)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	\$0 (Nivel 1)	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Jynarque)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) oral tablets, sequential 15 mg (am)/ 15 mg (pm), 30 mg (am)/ 15 mg (pm), 45 mg (am)/ 15 mg (pm), 60 mg (am)/ 30 mg (pm), 90 mg (am)/ 30 mg (pm)</i> (Jynarque)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	\$0 (Nivel 6)	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	\$0 (Nivel 6)	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	\$0 (Nivel 6)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	\$0 (Nivel 6)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	\$0 (Nivel 6)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	\$0 (Nivel 6)	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 6)	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	\$0 (Nivel 2)	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradose)	\$0 (Nivel 2)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	\$0 (Nivel 2)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 4)	PA; QL (30 per 30 days)
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	\$0 (Nivel 1)	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	\$0 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 per 28 days)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	\$0 (Nivel 2)	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (60 per 30 days)
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	QL (1 per 180 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)</i> (Bonsity)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (2.24 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (1.56 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes De Trastorno De Sueño		
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg</i> (Silenor)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	\$0 (Nivel 5)	PA; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	\$0 (Nivel 1)	QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24- 30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall XR) <i>oral capsule, extended release 24hr</i> <i>10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall XR) <i>oral capsule, extended release 24hr</i> <i>20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall) <i>oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20</i> <i>mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet extended</i> (Intuniv ER) <i>release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE, DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150</i> <i>mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate oral tablet</i> (Lithobid) <i>extended release 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lithium carbonate oral tablet</i> <i>extended release 450 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	\$0 (Nivel 2)	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	\$0 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i> (Xenazine)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 per 28 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	\$0 (Nivel 4)	PA; QL (30 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (560 per 28 days)
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
JASCAYD ORAL TABLET 18 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>nintedanib oral capsule 100 mg, 150 mg</i> (Ofev)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (nintedanib)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (270 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	\$0 (Nivel 5)	PA BvD; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA BvD; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	\$0 (Nivel 2)	QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ARNUITY ELLIPTA (fluticasone furoate) INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ARNUITY ELLIPTA (fluticasone furoate) INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (21.2 per 30 days)
Antileucotrinicos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i> (Singulair)	\$0 (Nivel 1)	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i> (Singulair)	\$0 (Nivel 1)	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Broncodilatadores		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION (fluticasone propion-salmeterol)	\$0 (Nivel 3)	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 3)	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> (Ventolin HFA)	\$0 (Nivel 2)	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	(umeclidinium-vilanterol)	\$0 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	(fluticasone furoate-vilanterol)	\$0 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE		\$0 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
<i>breyndra inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	(budesonide-formoterol)	\$0 (Nivel 2)	QL (30.9 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG 160-18-4.8 MCG/ACTUATION		\$0 (Nivel 3)	QL (23.6 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG 160-9-4.8 MCG/ACTUATION		\$0 (Nivel 3)	QL (23.6 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-18-4.8 MCG/ACTUATION, 160-9-4.8 MCG/ACTUATION		\$0 (Nivel 3)	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION		\$0 (Nivel 3)	QL (8 per 30 days)
<i>fluticasone furoate-vilanterol inhalation blister with device 100-25 mcg/dose, 200-25 mcg/dose</i>	(Breo Ellipta)	\$0 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	(Wixela Inhub)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation hfa aerosol inhaler 17 mcg/actuation</i>	(Atrovent HFA)	\$0 (Nivel 2)	QL (25.8 per 28 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>		\$0 (Nivel 2)	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	\$0 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 3)	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 3)	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 3)	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	\$0 (Nivel 3)	QL (4 per 28 days)
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i> (Spiriva with HandiHaler)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (fluticasone propion-salmeterol)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Periogard)	\$0 (Nivel 1)	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	\$0 (Nivel 1)	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	\$0 (Nivel 2)	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Kourzeq)	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (hydrocortisone)	\$0 (Nivel 2)	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	\$0 (Nivel 2)	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clodan)	\$0 (Nivel 2)	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (224 per 28 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 3)	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluocinonide topical cream 0.1 %</i> (Vanos)	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	\$0 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	\$0 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	\$0 (Nivel 2)	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	\$0 (Nivel 2)	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	\$0 (Nivel 2)	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i> (Triderm)	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (AmLactin)	\$0 (Nivel 2)	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i> (Pellix)	\$0 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (24 per 30 days)
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	\$0 (Nivel 5)	ST; NDS; QL (5 per 5 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i> (Rectiv) (w/w)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (60 per 28 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	\$0 (Nivel 4)	QL (180 per 30 days)
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	\$0 (Nivel 4)	
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	\$0 (Nivel 2)	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	\$0 (Nivel 2)	PA
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	\$0 (Nivel 2)	
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	\$0 (Nivel 2)	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i> (Vandazole) (37.5mg/5 gram)	\$0 (Nivel 2)	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	\$0 (Nivel 2)	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	\$0 (Nivel 2)	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	\$0 (Nivel 1)	QL (220 per 30 days)
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	\$0 (Nivel 2)	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	\$0 (Nivel 2)	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i> (Acid Reducer (esomeprazole))	\$0 (Nivel 1)	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i> (Nexium)	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	\$0 (Nivel 1)	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i> (Acid Reducer (lansoprazole))	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i> (Prevacid)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	\$0 (Nivel 2)	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg</i> (Protonix)	\$0 (Nivel 1)	
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (AcipHex)	\$0 (Nivel 2)	
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TALICIA ORAL CAPSULE,IR - DELAY REL,BIPHASE 10-250-12.5 MG	\$0 (Nivel 4)	QL (168 per 14 days)
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 4)	PA
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Lotronex)	\$0 (Nivel 2)	
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	\$0 (Nivel 2)	
<i>budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>budesonide rectal foam 2</i> (Uceris) <i>mg/actuation</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone rectal enema 100</i> (Cortenema) <i>mg/60 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mesalamine oral capsule, extended</i> (Pentasa) <i>release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mesalamine oral capsule,extended</i> (Apriso) <i>release 24hr 0.375 gram</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mesalamine oral tablet,delayed</i> (Lialda) <i>release (dr/ec) 1.2 gram</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine rectal enema 4 gram/60</i> (Rowasa) <i>ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000</i> (Canasa) <i>mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	\$0 (Nivel 2)	
<i>sulfasalazine oral tablet,delayed</i> (Azulfidine EN-tabs) <i>release (dr/ec) 500 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>bismuth subcit k-metronidz-tcn oral</i> (Pylera) <i>capsule 140-125-125 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (168 per 14 days)
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral</i> <i>capsule 667 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral</i> <i>tablet 667 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>carglumic acid oral tablet,</i> (Carbaglu) <i>dispersible 200 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	\$0 (Nivel 2)	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	\$0 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	\$0 (Nivel 2)	
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	\$0 (Nivel 2)	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	\$0 (Nivel 2)	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	\$0 (Nivel 2)	
<i>kionex oral suspension 15 gram/60 ml</i> (sodium polystyrene sulfonate)	\$0 (Nivel 2)	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	\$0 (Nivel 2)	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM	\$0 (Nivel 3)	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	\$0 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	\$0 (Nivel 2)	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i> (Amitiza)	\$0 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	\$0 (Nivel 1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	\$0 (Nivel 2)	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gram/60 ml</i> (Kionex)	\$0 (Nivel 2)	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	\$0 (Nivel 2)	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	\$0 (Nivel 3)	
VOWST ORAL CAPSULE 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (12 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
Laxantes		
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	\$0 (Nivel 2)	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	\$0 (Nivel 2)	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	\$0 (Nivel 2)	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (GaviLyte-G)	\$0 (Nivel 2)	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i> (GaviLyte-N)	\$0 (Nivel 2)	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	\$0 (Nivel 2)	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>alfuzosin oral tablet extended release</i> (Uroxatral) 24 hr 10 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	\$0 (Nivel 2)	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	\$0 (Nivel 1)	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>darifenacin oral tablet extended release 24 hr 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	\$0 (Nivel 2)	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
MYRBETRIQ ORAL TABLET (mirabegron) EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Vesicare)	\$0 (Nivel 2)	
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Levo-T)	\$0 (Nivel 1)	
<i>liomny oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (liothyronine)	\$0 (Nivel 2)	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Liomny)	\$0 (Nivel 2)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> (Vogelxo)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (AndroGel)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)</i> (Vogelxo)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 per 30 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
<i>abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	\$0 (Nivel 1)	
<i>abigale oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	\$0 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>conjugated estrogens oral tablet 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg</i> (Premarin)	\$0 (Nivel 2)	
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (estradiol)	\$0 (Nivel 2)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Dotti)	\$0 (Nivel 2)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Climara)	\$0 (Nivel 2)	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	\$0 (Nivel 2)	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (Abigale Lo)	\$0 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i> (Abigale)	\$0 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	\$0 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	\$0 (Nivel 3)	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	\$0 (Nivel 3)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	\$0 (Nivel 3)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	\$0 (Nivel 2)	
<i>yuvaferm vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	\$0 (Nivel 2)	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	\$0 (Nivel 2)	
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
ISTURISA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (360 per 30 days)
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	\$0 (Nivel 1)	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA BvD
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	\$0 (Nivel 2)	
TARPEYO ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 4 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>triamcinolone acetonide injection</i> (Kenalog) <i>suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
Miméticos De Incretina		
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (2 per 28 days)
OZEMPIC ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (30 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (3 per 28 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (30 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (2 per 28 days)
WEGOVY ORAL TABLET 1.5 MG, 25 MG, 4 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (30 per 30 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (2 per 28 days)
WEGOVY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (3 per 28 days)
Pituitario		
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>desmopressin nasal spray, non- aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2</i> (DDAVP) <i>mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (Somatuline Depot)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
NORDITROPIN FLEXPPO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i> (Sandostatin)	\$0 (Nivel 2)	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	(lanreotide)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	(lanreotide)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
Progestinas			
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML		\$0 (Nivel 3)	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i>	(norethindrone acetate)	\$0 (Nivel 2)	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	(Depo-Provera)	\$0 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	(Depo-Provera)	\$0 (Nivel 2)	
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	(Provera)	\$0 (Nivel 1)	
<i>megestrol 400 mg/10 ml susp cup outer 400 mg/10 ml (10 ml)</i>		\$0 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>		\$0 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	(Gallifrey)	\$0 (Nivel 2)	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	(Prometrium)	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Inmunológicos			
Agentes Inmunológicos			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML		\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>adalimumab-aaty subcutaneous auto- injector, kit 40 mg/0.4 ml</i>	(Yuflyma(CF) Autoinjector)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>adalimumab-aaty subcutaneous auto- injector, kit 80 mg/0.8 ml</i>	(adalimumab-aaty(CF) AI Crohns)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i> (Yuflyma(CF))	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>adalimumab-aaty(cf) ai crohns subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml</i> (adalimumab-aaty)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml</i> (Sandimmune)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Gengraf)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i> (Neoral)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Sandimmune)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i> (Tecfidera)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i> (Tecfidera)	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i> (Tecfidera)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 per 30 days)
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
ENTYVIO INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 108 MG/0.68 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
ENVARUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 4)	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>everolimus (immunosuppressive) oral</i> (Zortress) <i>tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>everolimus (immunosuppressive) oral</i> (Zortress) <i>tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	PA BvD; NDS
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i> (Gilenya)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 per 30 days)
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	\$0 (Nivel 5)	PA BvD; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Glatopa)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Glatopa)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (glatiramer)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (glatiramer)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH (adalimumab-bwvd) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 40 MG/0.4 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-bwvd) SYRINGE 40 MG/0.4 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i> (Remicade)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (1.2 per 28 days)
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	\$0 (Nivel 2)	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i> (CellCept Intravenous)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> (CellCept)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i> (CellCept)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i> (CellCept) 500 mg	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec)</i> (Myfortic) 180 mg, 360 mg	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OMLYCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (19)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
OTEZLA XR INITIATION ORAL TABLET AND TABLET ER DOSE PACK 10-20-30-75 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 75 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
OTULFI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
OTULFI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	PA
OTULFI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-aauz)	\$0 (Nivel 3)	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OTULFI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aaaz) SYRINGE 90 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 4)	PA BvD
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
SAPHNELO PEN SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 120 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (3.2 per 28 days)
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aekn) SYRINGE 45 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS (ustekinumab-aekn) SYRINGE 90 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 55 MG/0.37 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>tacrolimus intravenous solution 5 mg/ml</i> (Prograf)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>tacrolimus oral capsule, extended release 24hr 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Astagraf XL)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (100 per 30 days)
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tofacitinib oral solution 1 mg/ml</i> (Xeljanz)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>tofacitinib oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Xeljanz)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>tofacitinib oral tablet extended release 24 hr 11 mg, 22 mg</i> (Xeljanz XR)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
Vacunas		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5- 8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	\$0 (Nivel 3)	
DENG VAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	QL (3 per 365 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	\$0 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25- 58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 (Nivel 3)	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10-5 MCG	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50- 50-50-25 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF- 20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	\$0 (Nivel 3)	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	\$0 (Nivel 3)	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	\$0 (Nivel 3)	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	\$0 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	\$0 (Nivel 3)	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
VIMKUNYA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 2 BILLION UNIT	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML	\$0 (Nivel 3)	\$0 copay
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops</i> (Lumigan) <i>0.01 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops</i> <i>0.03 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops</i> (Alphagan P) <i>0.1 %, 0.15 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops</i> <i>0.2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i> (Combigan)	\$0 (Nivel 2)	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Azopt)	\$0 (Nivel 2)	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i> (Cosopt)	\$0 (Nivel 1)	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i> (Xalatan)	\$0 (Nivel 1)	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	\$0 (Nivel 3)	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	\$0 (Nivel 3)	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	\$0 (Nivel 3)	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Betimol)	\$0 (Nivel 1)	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i> (Travatan Z)	\$0 (Nivel 2)	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	\$0 (Nivel 4)	QL (5 per 30 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (3.5 per 4 days)
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops</i> (Vigamox) 0.5 %	\$0 (Nivel 2)	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	\$0 (Nivel 4)	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400- 10,000 mg-unit/g-1%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400- 10,000 mg-unit-unit/g</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i> (Maxitrol) <i>ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg- 10,000 unit-0.025mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml- %</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	(neomycin-bacitracin-poly-hc)	\$0 (Nivel 2)	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(neomycin-bacitracin-polymyxin)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Ocuflox)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>		\$0 (Nivel 2)	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	(bacitracin-polymyxin b)	\$0 (Nivel 2)	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>		\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>		\$0 (Nivel 2)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>		\$0 (Nivel 2)	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>		\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>		\$0 (Nivel 2)	
<i>tobramycin-lotepred ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.5 %</i>	(Zylet)	\$0 (Nivel 2)	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>		\$0 (Nivel 2)	
XDEMVI OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %		\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %		\$0 (Nivel 4)	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta			
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	(Prolensa)	\$0 (Nivel 2)	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i>	(Restasis)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops</i> (Durezol) 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	
EYSUVIS OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nivel 3)	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol</i> 25 mcg (0.025 %)	\$0 (Nivel 2)	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear)</i> (DermOtic Oil) drops 0.01 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye)</i> (FML Liquifilm) drops,suspension 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye)</i> drops 0.03 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluticasone propionate nasal</i> (24 Hour Allergy Relief) <i>spray,suspension 50 mcg/actuation</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	\$0 (Nivel 3)	
INVELTYS OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	\$0 (Nivel 3)	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Acular)	\$0 (Nivel 2)	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	\$0 (Nivel 3)	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic</i> (Lotemax) <i>(eye) drops,gel 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic</i> <i>(eye) drops,suspension 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic</i> <i>(eye) drops,suspension 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (15 per 19 days)
MIEBO (PF) OPTHALMIC (EYE) DROPS 100 %	\$0 (Nivel 3)	QL (12 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol</i> (Allergy Nasal 50 mcg/actuation (mometasone))	\$0 (Nivel 2)	QL (34 per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g- 10,000 unit/g-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>prednisolone acetate ophthalmic</i> (Pred Forte) <i>(eye) drops,suspension 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	\$0 (Nivel 2)	
XIIDRA OPTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	\$0 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol</i> (Astepro Allergy) 205.5 mcg (0.15 %)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (15 per 10 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Eye Allergy Itch- Redness Rlf)	\$0 (Nivel 2)	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Advanced Eye Relief (olopatad))	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Simpaticomiméticos (Adrenérgicos)		
Agentes Simpaticomiméticos (Adrenérgicos)		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Northera)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 200 mg</i> (Northera)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml</i> (Auvi-Q)	\$0 (Nivel 3)	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	\$0 (Nivel 2)	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	\$0 (Nivel 2)	QL (4 per 30 days)
Agentes Terapeúticos		
Misceláneos		
Agentes Terapeúticos Misceláneos		
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION	\$0 (Nivel 3)	
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 per 30 days)
FILSPARI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i> (Endari)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 (Nivel 3)	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	\$0 (Nivel 3)	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	\$0 (Nivel 3)	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i> (Mesnex)	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg</i> (Letairis)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 5 mg</i> (Letairis)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>macitentan oral tablet 10 mg</i> (Opsumit)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (Cialis)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 100 MCG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (480 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 150 MCG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (300 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 106 MCG, 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
Analgésicos		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	\$0 (Nivel 2)	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	\$0 (Nivel 2)	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	\$0 (Nivel 2)	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i> (Lurbiro)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	\$0 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	\$0 (Nivel 1)	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA-HRM; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	\$0 (Nivel 1)	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	\$0 (Nivel 2)	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5 ml cup inner 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i> (Butrans)	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA-HRM; NDS; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml (2 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 4)	NDS; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 4)	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 60 mg</i> (MS Contin)	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet</i> (Endocet) <i>10-325 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet</i> (Endocet) <i>2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet</i> (Endocet) <i>7.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet</i> <i>37.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS; QL (300 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>dermacinrx lidocan 5% patch outer</i> (lidocaine)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 per 30 days)
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (lidocaine)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu)	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	\$0 (Nivel 5)	NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	\$0 (Nivel 5)	PA BvD; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	\$0 (Nivel 2)	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	\$0 (Nivel 2)	
<i>daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
SIVEXTRO INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG	\$0 (Nivel 5)	PA BvD; NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	\$0 (Nivel 2)	QL (77 per 28 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	\$0 (Nivel 2)	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (9 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	\$0 (Nivel 2)	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; LA; NDS
<i>cefotaxime intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
Cefalosporinas		
<i>cefazolin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefazolin intravenous recon soln 10 gram</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefixime oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefepodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ceftaroline fosamil intravenous recon soln 400 mg, 600 mg</i> (Teflaro)	\$0 (Nivel 5)	PA BvD; NDS
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Tazicef)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (ceftazidime)	\$0 (Nivel 2)	
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	\$0 (Nivel 2)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	\$0 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	\$0 (Nivel 2)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	\$0 (Nivel 2)	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i> (Difacid)	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (20 per 10 days)
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	\$0 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	\$0 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	\$0 (Nivel 2)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	\$0 (Nivel 4)	
LENTOCILIN S (WITH LIDOCAINE) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT-1.5 %	\$0 (Nivel 4)	
<i>naficillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i> (Pfizerpen-G)	\$0 (Nivel 2)	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag sub, p/f, inner</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	\$0 (Nivel 2)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	\$0 (Nivel 1)	
Tetraciclinas		
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i> (Morgidox)	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxine NL)	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 2)	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 1)	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	\$0 (Nivel 1)	QL (91 per 84 days)
<i>amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 2)	
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 1)	
<i>ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	\$0 (Nivel 1)	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 1)	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 2)	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 1)	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 2)	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 2)	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 1)	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 1)	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	\$0 (Nivel 2)	
<i>camrese lo oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	\$0 (Nivel 1)	QL (91 per 84 days)
<i>camrese oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	\$0 (Nivel 1)	QL (91 per 84 days)
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 2)	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		\$0 (Nivel 2)	
<i>daysee oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol- e.estradiol)	\$0 (Nivel 1)	QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	\$0 (Nivel 1)	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Azurette (28))	\$0 (Nivel 2)	
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	(Lo-Zumandimine (28))	\$0 (Nivel 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	(Ocella)	\$0 (Nivel 1)	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	QL (1 per 28 days)
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	\$0 (Nivel 1)	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estradiol triphasic)	\$0 (Nivel 2)	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 1)	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	\$0 (Nivel 1)	
<i>estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/35 (28))	\$0 (Nivel 2)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Valtya)	\$0 (Nivel 2)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(EluRyng)	\$0 (Nivel 2)	QL (1 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 1)	
<i>feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 2)	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 2)	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 1)	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	\$0 (Nivel 1)	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 2)	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	\$0 (Nivel 1)	
<i>introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 2)	QL (91 per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	\$0 (Nivel 1)	QL (91 per 84 days)
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	\$0 (Nivel 1)	
<i>jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 4)	QL (91 per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 1)	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 1)	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 1)	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 1)	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 1)	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		\$0 (Nivel 4)	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(Camrese Lo)	\$0 (Nivel 1)	QL (91 per 84 days)
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	(Rivelsa)	\$0 (Nivel 1)	QL (91 per 84 days)
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(Amethia)	\$0 (Nivel 1)	QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 1)	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	\$0 (Nivel 2)	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	(Balcoltra)	\$0 (Nivel 4)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Aviane)	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Altavera (28))	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(Amethyst (28))	\$0 (Nivel 2)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Setlakin)	\$0 (Nivel 1)	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Enpresse)	\$0 (Nivel 2)	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 2)	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG		\$0 (Nivel 3)	
<i>lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	\$0 (Nivel 1)	QL (91 per 84 days)
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 1)	
<i>luizza oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>luteru (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 1)	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	\$0 (Nivel 2)	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 1)	
<i>meleya oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 1)	
<i>mili oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 1)	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG		\$0 (Nivel 4)	
MIUDELLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 175 SQUARE MM		\$0 (Nivel 4)	
<i>mono-lynyah oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 1)	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG		\$0 (Nivel 3)	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 1)	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(Xulane)	\$0 (Nivel 2)	QL (3 per 28 days)
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	(Deblitane)	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Blisovi Fe 1/20 (28))	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Blisovi Fe 1.5/30 (28))	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(Tilia Fe)	\$0 (Nivel 2)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(Tri-Lo-Estarylla)	\$0 (Nivel 1)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(Tri-Sprintec (28))	\$0 (Nivel 1)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(Mili)	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		\$0 (Nivel 2)	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>		\$0 (Nivel 2)	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		\$0 (Nivel 2)	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	\$0 (Nivel 1)	
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		\$0 (Nivel 1)	
<i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	\$0 (Nivel 2)	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 2)	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>rivelsa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	\$0 (Nivel 1)	QL (91 per 84 days)
<i>rosyrah oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	\$0 (Nivel 1)	QL (91 per 84 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>setlakin oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 1)	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	\$0 (Nivel 2)	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>simpesse oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	\$0 (Nivel 1)	QL (91 per 84 days)
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG		\$0 (Nivel 4)	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 1)	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 2)	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 1)	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 2)	
<i>tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 1)	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>tyblume oral tablet, chewable 0.1 mg-20 mcg</i>		\$0 (Nivel 4)	
<i>valtya oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	\$0 (Nivel 1)	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	\$0 (Nivel 2)	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	\$0 (Nivel 2)	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	\$0 (Nivel 2)	QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	\$0 (Nivel 2)	
Anticonvulsivos			
Anticonvulsivos			

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>brivaracetam intravenous solution 50 mg/5 ml</i> (Briviact)	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (80 per 30 days)
<i>brivaracetam oral solution 10 mg/ml</i> (Briviact)	\$0 (Nivel 2)	QL (600 per 30 days)
<i>brivaracetam oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Briviact)	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Carbatrol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Tegretol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Tegretol)	\$0 (Nivel 2)	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Tegretol XR)	\$0 (Nivel 2)	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	\$0 (Nivel 2)	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nivel 4)	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	\$0 (Nivel 2)	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	\$0 (Nivel 2)	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	\$0 (Nivel 2)	
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg</i> (Aptiom)	\$0 (Nivel 2)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Aptiom)	\$0 (Nivel 2)	ST; QL (60 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	\$0 (Nivel 2)	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	\$0 (Nivel 2)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> (Cerebyx)	\$0 (Nivel 2)	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	\$0 (Nivel 1)	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	\$0 (Nivel 1)	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	\$0 (Nivel 2)	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	\$0 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	\$0 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	\$0 (Nivel 2)	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	\$0 (Nivel 2)	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	\$0 (Nivel 2)	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	\$0 (Nivel 2)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	\$0 (Nivel 2)	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	\$0 (Nivel 2)	
<i>levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg, 500 mg</i> (Spritam)	\$0 (Nivel 4)	ST
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	\$0 (Nivel 2)	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	\$0 (Nivel 4)	PA NSO; QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	\$0 (Nivel 2)	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	\$0 (Nivel 2)	
<i>perampanel oral suspension 0.5 mg/ml</i> (Fycompa)	\$0 (Nivel 5)	ST; NDS; QL (720 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 2 mg, 8 mg</i> (Fycompa)	\$0 (Nivel 2)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i> (Fycompa)	\$0 (Nivel 2)	ST; QL (60 per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<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>	\$0 (Nivel 2)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (phenytoin sodium extended)	\$0 (Nivel 2)	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	\$0 (Nivel 2)	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	\$0 (Nivel 2)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	\$0 (Nivel 2)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	\$0 (Nivel 2)	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	\$0 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	\$0 (Nivel 2)	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	\$0 (Nivel 2)	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i> (Banzel)	\$0 (Nivel 2)	
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 750 MG	\$0 (Nivel 4)	ST
SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 4)	PA NSO
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	\$0 (Nivel 1)	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	\$0 (Nivel 4)	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	\$0 (Nivel 2)	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i> (Eprontia)	\$0 (Nivel 2)	ST
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	\$0 (Nivel 4)	
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	\$0 (Nivel 5)	NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	\$0 (Nivel 2)	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (1080 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
AUVELITY ORAL TABLET,IR ER BIPHASIC,DOSEPACK 30 MG-105 MG /45 MG-105 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	\$0 (Nivel 2)	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	\$0 (Nivel 1)	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa)	\$0 (Nivel 1)	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	\$0 (Nivel 1)	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	\$0 (Nivel 2)	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 4)	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	\$0 (Nivel 4)	ST; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	\$0 (Nivel 5)	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	\$0 (Nivel 1)	
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 18.2 MG (32 TABS)	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	\$0 (Nivel 4)	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 4)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Prozac)	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 4)	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	\$0 (Nivel 1)	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating</i> (Remeron SolTab) 15 mg, 30 mg, 45 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	\$0 (Nivel 1)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> (Paxil CR)	\$0 (Nivel 2)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	\$0 (Nivel 2)	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	\$0 (Nivel 2)	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	\$0 (Nivel 1)	
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	\$0 (Nivel 2)	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 4)	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	\$0 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nivel 5)	PA NSO; NDS; QL (14 per 14 days)
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (Nivel 4)	PA BvD
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (AmBisome)	\$0 (Nivel 5)	PA BvD; NDS
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	\$0 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	\$0 (Nivel 2)	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> (Loprox (as olamine))	\$0 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	\$0 (Nivel 2)	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i> (Athlete's Foot (clotrimazole))	\$0 (Nivel 2)	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 per 30 days)
CRESEMBA INTRAVENOUS RECON SOLN 372 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i> (Diflucan)	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (360 per 30 days)
<i>micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nystop)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>voriconazole intravenous solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	\$0 (Nivel 1)	
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 4)	QL (30 per 30 days)
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	\$0 (Nivel 2)	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>rifapentine oral tablet 150 mg</i> (Priftin)	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 4)	
Antivirales (Sitémico)		
Inhibidores De La Transcriptasa Inversa Análogos De Nucleósidos Y Nucleótidos Para El Vih		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	\$0 (Nivel 2)	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	\$0 (Nivel 2)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Apretude)	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista)	\$0 (Nivel 2)	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	\$0 (Nivel 2)	
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i> (Truvada)	\$0 (Nivel 2)	
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofov df oral tablet 200-25-300 mg</i> (Complera)	\$0 (Nivel 5)	NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	\$0 (Nivel 2)	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
IDVYNZO ORAL TABLET 100-0.25 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (30 per 30 days)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 4)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	\$0 (Nivel 3)	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML (lopinavir-ritonavir)	\$0 (Nivel 4)	QL (480 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	\$0 (Nivel 2)	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	\$0 (Nivel 2)	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	\$0 (Nivel 2)	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	\$0 (Nivel 2)	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	\$0 (Nivel 2)	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 30 days)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	\$0 (Nivel 4)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG-MG	\$0 (Nivel 5)	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 4)	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>rilpivirine hcl oral tablet 25 mg</i> (Edurant)	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	\$0 (Nivel 2)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 3)	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
STRIBILD ORAL TABLET 150- 150-200-300 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK)	\$0 (Nivel 5)	NDS
SYM TUZA ORAL TABLET 800- 150-200-10 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	\$0 (Nivel 2)	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 4)	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	\$0 (Nivel 4)	
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	\$0 (Nivel 5)	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	\$0 (Nivel 2)	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	\$0 (Nivel 2)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 (sofosbuvir-velpatasvir) MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	\$0 (Nivel 2)	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	\$0 (Nivel 2)	QL (540 per 180 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	\$0 (Nivel 2)	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	\$0 (Nivel 2)	QL (11 per 28 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 per 5 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	\$0 (Nivel 4)	QL (60 per 180 days)
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	\$0 (Nivel 2)	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	\$0 (Nivel 2)	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	\$0 (Nivel 5)	NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (30 per 30 days)
Dispositivos			
Dispositivos			
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 33G 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, (alcohol swabs) MEDICATED	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
AUTOKEEPER SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD INS SYR UF 0.3 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD INS SYR UF 0.5 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL u-100) SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" (insulin syringe-needle MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X u-100) 5/8"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE (insulin syringe-needle 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD SINGLE USE SWAB (alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G HRI 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G HRI 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G HRI 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PLS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 27G 12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 4MM 31 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 5MM 33 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS 2 (alcohol swabs) PLY,MEDIUM	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
CURITY GAUZE PADS 2 X 2 " (gauze bandage)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 (gauze bandage) PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) OUTER 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) OUTER 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE u-100) X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) OUTER 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) OUTER 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) OUTER 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 12.7MM OUTER 0.5 ML 29 u-100) GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 12.7MM OUTER 0.5 ML 30 u-100) GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)
DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM OUTER 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM OUTER 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)
DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"		\$0 (Nivel 2)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM OUTER 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM OUTER 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	(alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	(alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G 8MM 1/2 ML 29 X5/16 "	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 31G 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 31G 8MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS GAMMA-STERILIZED	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
EASY TOUCH AUTO 0.5 ML 30G 6MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH AUTO 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH AUTORET 1 ML 30G 6MM 1 ML 30 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH AUTORET 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.3 ML 30G (insulin syringe-needle 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INS 1 ML 27G 1/2" (insulin syringe-needle 1 ML 27 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INS 1 ML 28G (insulin syringe-needle 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 30G (insulin syringe-needle 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G (insulin syringe-needle 6MM 1 ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G (insulin syringe-needle 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML (insulin syringe needleless)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	(insulin syringe needleless)	\$0 (Nivel 2)
EASYLIFE ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)
EASYLIFE INS PEN NDL 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 8MM 33 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASYLIFE SAFTY PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASYLIFE SAFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASYLIFE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
EXEL U100 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EXEL U100 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
FT STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 " (gauze bandage)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (gauze bandage)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
GNP ALCOHOL SWAB STERILE, TWO PLY (Alcohol Pads)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
GNP PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (1st Tier Unifine Pentips)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
GNP PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (CareFine Pen Needle)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
GNP SIMPLI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
GNP ULT CMFRT 0.5 ML 29GX1/2" 1/2 ML 29 (insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
GNP ULTR CMFRT 0.5 ML 30GX5/16 1/2 ML 30 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30 (insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
GS PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16" (1st Tier Unifine Pentips)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		\$0 (Nivel 3)	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		\$0 (Nivel 3)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	\$0 (Nivel 3)	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	\$0 (Nivel 3)	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	\$0 (Nivel 3)	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	\$0 (Nivel 3)	
INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 7/16", 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN 1/2 ML SYRINGE 1/2 ML (Ultrilet Insulin Syringe) 29	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN 1/2 ML SYRINGE 1/2 ML 30 GAUGE	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 30 (Ultra Comfort Insulin Syringe)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (Easy Touch Ins Syr (half unit))	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (Easy Touch Insulin Syringe)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29 (insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (Easy Touch Insulin Syringe)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (BD Eclipse Luer-Lok)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (Advocate Syringes)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (Easy Touch Insulin Syringe)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE, THIN II (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (Advocate Syringes)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE (Ultilet Insulin Syringe)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (Monoject Syringe)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 4MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (pen needle, diabetic) (RX) 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES (alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MAXICOMFORT INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G (insulin syringe-needle 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MAXICOMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(CareFine Pen Needle)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(Comfort EZ Pen Needles)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
NANO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
NOVOFINE AUTOCOVER 30G NEEDLE 30 GAUGE X 1/3"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		\$0 (Nivel 3)	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		\$0 (Nivel 3)	QL (1 per 365 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (Nivel 3)	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO (LIBRE2/3PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (Nivel 3)	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (Nivel 3)	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (Nivel 3)	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	\$0 (Nivel 3)	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	\$0 (Nivel 3)	QL (10 per 30 days)
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER (Embrace Pen Needle) 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 (CareFine Pen Needle) GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI 31 (1st Tier Unifine GAUGE X 1/4" Pentips)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLE 33G 4MM 33 (Advocate Pen Needle) GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC (1st Tier Unifine Pentips NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" Plus)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLES 5MM 31G (pen needle, diabetic) 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G (pen needle, diabetic) 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" (pen needle, diabetic) MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" (pen needle, diabetic) SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PRO-COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	(alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
RA STERILE PADS 2"X 2" 2 X 2 "	(Bordered Gauze)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort Touch Pen Needle)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	(True-Comfort Pro Pen Needle)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
RELION PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(1st Tier Unifine Pentips)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
RELION SYRING 0.3 ML 31GX5/16" INNER 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
RELION SYRING 0.5 ML 31GX5/16" INNER (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort EZ PRO Safety Pen Ndl)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SECURESAFE PEN NEEDLE 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(Thinpro Insulin Syringe)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 u-100) ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 u-100) GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TOPFINE INSULN PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 5MM 33 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G (insulin syringe-needle 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL (alcohol swabs) PADS	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 15/64"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X (pen needle, diabetic) 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" (insulin syringe-needle 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM (pen needle, diabetic) 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 u-100) GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 u-100) GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTIGUARD SAFEPAK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTILET ALCOHOL STERL (alcohol swabs) SWAB	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 u-100) ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 u-100) ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML u-100) 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 u-100) ML 28 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE INS 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NDL 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 (insulin syringe-needle u-100) ML 31 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G (insulin syringe-needle u-100) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle u-100) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle u-100) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle u-100) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle u-100) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" (pen needle, diabetic) 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32G 4MM 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 8MM 31G 31GX8MM, SHORT, STRL 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE ULTR PEN NDL 34G 3.5MM 34 GAUGE X 9/64"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 29G	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
12MM 29 GAUGE X 1/2"			
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
5MM 31 GAUGE X 3/16"			
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
6MM 31 GAUGE X 1/4"			
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
8MM 31 GAUGE X 5/16"			
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
4MM 32 GAUGE X 5/32"			
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
6MM 32 GAUGE X 1/4"			
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2"	(insulin syringe-needle	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X	u-100)		
1/2"			
VANISHPOINT INS 0.5 ML 30G 8MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
5/16"			
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
3/16"			
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR	(insulin syringe-needle	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
1 ML 29 GAUGE X 1/2"	u-100)		
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2"	(insulin syringe-needle	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
1 ML 29 GAUGE X 1/2"	u-100)		
VERIFINE PEN NEEDLE 29G	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
12MM 29 GAUGE X 1/2"			
VERIFINE PEN NEEDLE 31G	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
5MM 31 GAUGE X 3/16"			
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
6MM 31 GAUGE X 1/4"			
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
8MM 31 GAUGE X 5/16"			

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"		\$0 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "		\$0 (Nivel 1)	PA; ST
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	(alcohol swabs)	\$0 (Nivel 1)	PA; ST
WM UNIFINE PENTIP PLUS 8MM 31G W/ SAFETY CLICK 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	\$0 (Nivel 2)	PA; ST
Parasimpaticomiméticos (Agentes Colinérgicos)			
Parasimpaticomiméticos (Agentes Colinérgicos)			
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> 60 mg	(Mestinon)	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Preparaciones De Reemplazo			
Preparaciones De Reemplazo			
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	(potassium chloride)	\$0 (Nivel 2)	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	(potassium chloride)	\$0 (Nivel 2)	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	(potassium chloride)	\$0 (Nivel 2)	
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>		\$0 (Nivel 2)	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>		\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>		\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>		\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>		\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i>	(Klor-Con 10)	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq, 20 meq</i>		\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i>	(Klor-Con 8)	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	(Klor-Con M10)	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	(Klor-Con M15)	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	(Klor-Con M20)	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i>	(Urocit-K 10)	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i>	(Urocit-K 15)	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>		\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sodium chloride 0.9% solution mini- bag, single use</i>	\$0 (Nivel 2)	
Productos Sanguíneos/Modificadores/Exp ansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	\$0 (Nivel 2)	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i> (Pradaxa)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	\$0 (Nivel 3)	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (74 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 0.5 MG, 1.5 MG (0.5 MG X 3), 2 MG (0.5 MG X 4)	\$0 (Nivel 3)	QL (960 per 30 days)
ELIQUIS SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.15 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (120 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> (Lovenox)	\$0 (Nivel 2)	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i> (Lovenox)	\$0 (Nivel 2)	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i> (Lovenox)	\$0 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i> (Lovenox)	\$0 (Nivel 2)	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i> (Lovenox)	\$0 (Nivel 2)	QL (36 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 10 mg/0.8 ml	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 2.5 mg/0.5 ml	\$0 (Nivel 2)	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> 5 (Arixtra) mg/0.4 ml	\$0 (Nivel 5)	NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 7.5 mg/0.6 ml	\$0 (Nivel 2)	QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection solution</i> 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	\$0 (Nivel 2)	
<i>jantoven oral tablet</i> 1 mg, 10 mg, 2 (warfarin) mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	\$0 (Nivel 1)	
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution</i> 1 mg/ml (Xarelto)	\$0 (Nivel 2)	QL (600 per 30 days)
<i>rivaroxaban oral tablet</i> 2.5 mg (Xarelto)	\$0 (Nivel 2)	
<i>warfarin oral tablet</i> 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	\$0 (Nivel 1)	
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase</i> 12 hr 25-200 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>cilostazol oral tablet</i> 100 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>clopidogrel oral tablet</i> 75 mg (Plavix)	\$0 (Nivel 1)	
<i>dipyridamole oral tablet</i> 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (Nivel 2)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>pentoxifylline oral tablet extended release</i> 400 mg	\$0 (Nivel 2)	
<i>prasugrel hcl oral tablet</i> 10 mg, 5 mg (Effient)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ticagrelor oral tablet</i> 60 mg, 90 mg (Brilinta)	\$0 (Nivel 2)	
Modificadores De Formación De Sangre		
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet</i> 12.5 mg (Promacta)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg</i> (Promacta)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg</i> (Promacta)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 25 mg</i> (Promacta)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i> (Promacta)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 3)	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 - 60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	\$0 (Nivel 3)	
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (sapropterin)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i> (Javygtor)	\$0 (Nivel 5)	PA; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 5)	PA; LA; NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000- 126,000- 168,000 UNIT, 5,000- 17,000- 24,000 UNIT, 60,000- 189,600- 252,600 UNIT	\$0 (Nivel 3)	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	\$0 (Nivel 2)	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	\$0 (Nivel 2)	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pnv-select tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenaisance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenaisance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

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

D. Índice de medicamentos cubiertos

En esta sección, puede encontrar un medicamento buscando su nombre por orden alfabético. Así sabrá el número de página donde puede consultar información adicional sobre la cobertura de su medicamento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.hpsj-mvhp.org.



ÍNDICE

1		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS		
.....	156	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS		
PLUS	156	
A		
<i>abacavir</i>	150	
<i>abacavir-lamivudine</i>	150	
ABELCET	147	
<i>abigale</i>	91	
<i>abigale lo</i>	91	
ABILIFY ASIMTUFII.....	57	
ABILIFY MAINTENA.....	57	
<i>abiraterone</i>	28	
<i>abirtega</i>	28	
ABRYSVO (PF)	105	
<i>acamprosate</i>	45	
<i>acarbose</i>	48	
<i>acebutolol</i>	65	
<i>acetaminophen-codeine</i>	119	
<i>acetazolamide</i>	110	
<i>acetazolamide sodium</i>	110	
<i>acetic acid</i>	111	
<i>acetylcysteine</i>	77	
<i>acitretin</i>	84	
ACTHIB (PF)	105	
ACTIMMUNE.....	96	
<i>acyclovir</i>	85, 155	
<i>acyclovir sodium</i>	155	
ADACEL(TDAP		
ADOLESN/ADULT)(PF) 105		
<i>adalimumab-aaty</i>	96, 97	
<i>adalimumab-aaty(cf) ai crohns</i>		
.....	97	
<i>adefovir</i>	155	
ADEMPAS	117	
<i>adrucil</i>	28	
ADVAIR HFA.....	79	
ADVOCATE PEN NEEDLE		
.....	156, 157	
ADVOCATE SYRINGES ...	156	
<i>afirmelle</i>	129	
AIMOVIG AUTOINJECTOR		
.....	53	
AIRSUPRA	79	
AKEEGA	28	
<i>ala-cort</i>	82	
<i>albendazole</i>	55	
<i>albuterol sulfate</i>	79	
ALCOHOL PADS	157	
ALCOHOL PREP PADS.....	178	
ALCOHOL SWABS.....	174	
ALCOHOL WIPES	183	
ALECENSA	28	
<i>alendronate</i>	74	
<i>alfuzosin</i>	90	
<i>aliskiren</i>	73	
<i>allopurinol</i>	52	
<i>alosetron</i>	87	
<i>alprazolam</i>	46	
<i>altavera (28)</i>	129	
ALTRENO	84	
ALUNBRIG	28	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	129	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	129	
<i>alyq</i>	117	
<i>amantadine hcl</i>	56	
<i>ambrisentan</i>	117	
<i>amethia</i>	129	
<i>amethyst (28)</i>	129	
<i>amikacin</i>	122	
<i>amiloride</i>	71	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>		
.....	71	
<i>amiodarone</i>	64	
<i>amitriptyline</i>	144	
<i>amlodipine</i>	66	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	69	
<i>amlodipine-benazepril</i>	66	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	66	
<i>amlodipine-valsartan</i>	66	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i>		
.....	66	
<i>ammonium lactate</i>	84	
<i>amoxapine</i>	144	
<i>amoxicillin</i>	126	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> ..	126	
<i>amphotericin b</i>	147	
<i>amphotericin b liposome</i>	147	
<i>ampicillin</i>	127	
<i>ampicillin sodium</i>	127	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	127	
<i>anagrelide</i>	203	
<i>anastrozole</i>	28	
ANORO ELLIPTA.....	80	
<i>aprepitant</i>	54	
<i>apri</i>	129	
APTIVUS.....	150	
AQINJECT PEN NEEDLE .	157	
ARCALYST.....	97	
AREXVY (PF)	105	
ARIKAYCE	122	
<i>aripiprazole</i>	57, 58	
ARISTADA.....	58	
ARISTADA INITIO.....	58	
<i>armodafinil</i>	75	
ARNUITY ELLIPTA	78, 79	
<i>asenapine maleate</i>	58	
<i>ashlyna</i>	129	
<i>aspirin-dipyridamole</i>	204	

ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL	157	<i>azurette (28)</i>	130	<i>bendamustine</i>	29
ASSURE ID DUO-SHIELD	157	B		BENLYSTA.....	97
ASSURE ID INSULIN SAFETY	157	<i>bacitracin</i>	112	<i>benztropine</i>	56
ASSURE ID PEN NEEDLE	157	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	112	BEQALZI.....	29
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE.....	157	<i>baclofen</i>	206	BEQALZI STARTER PACK	29
<i>atazanavir</i>	150	<i>bal-care dha</i>	207	BESREMI	29
<i>atenolol</i>	65	<i>bal-care dha essential</i>	207	BESREMI PEN	29
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	65	<i>balsalazide</i>	87	<i>betaine</i>	116
<i>atomoxetine</i>	75	BALVERSA	28, 29	<i>betamethasone dipropionate</i> ..	82
<i>atorvastatin</i>	69	BAQSIMI	116	<i>betamethasone valerate</i>	82
<i>atovaquone</i>	55	BCG VACCINE, LIVE (PF)	105	<i>betamethasone, augmented</i>	82
<i>atovaquone-proguanil</i>	55	BD ALCOHOL SWABS	158	BETASERON	97
<i>atropine</i>	115	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	157	<i>betaxolol</i>	110
<i>aubra eq</i>	129	BD ECLIPSE LUER-LOK ..	157	<i>bethanechol chloride</i>	90
AUGTYRO.....	28	BD INSULIN SYRINGE.....	158	<i>bexarotene</i>	29
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	129	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT).....	158	BEXSERO	105
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	130	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE.....	158	<i>bicalutamide</i>	29
<i>aurovela 24 fe</i>	130	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE.....	158	BICILLIN L-A	127
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	130	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	158	BIKTARVY	150
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	130	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	159	<i>bimatoprost</i>	110
AUSTEDO	75	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	159	<i>bismuth subcit k-metronidz-tcn</i>	87
AUSTEDO XR.....	75, 76	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	159	<i>bisoprolol fumarate</i>	65
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	76	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	159	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	65
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE.....	157	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	159	<i>bleomycin</i>	29
AUVELITY	144	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT).....	159	<i>blisovi 24 fe</i>	130
<i>aviane</i>	130	BD VEO INSULIN SYRINGE UF	159	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	130
AVMAPKI	28	BELSOMRA	75	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	130
AVMAPKI-FAKZYNJA	28	<i>benazepril</i>	72	BOOSTRIX TDAP.....	105
AVONEX	97	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	72	BORDERED GAUZE	159
<i>ayuna</i>	130			<i>bortezomib</i>	29
AYVAKIT.....	28			BOSULIF	29
<i>azacitidine</i>	28			<i>bosutinib</i>	29
<i>azathioprine</i>	97			BRAFTOVI.....	29
<i>azathioprine sodium</i>	97			BREO ELLIPTA	80
<i>azelastine</i>	115			<i>breyana</i>	80
<i>azithromycin</i>	125			BREZTRI AEROSPHERE	80
<i>aztreonam</i>	124			<i>brimonidine</i>	110
				<i>brimonidine-timolol</i>	111
				<i>brinzolamide</i>	111
				<i>brivaracetam</i>	139

<i>bromfenac</i>	113	<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	68	<i>cholestyramine (with sugar)</i> ...	69
<i>bromocriptine</i>	56	CAPLYTA	58	<i>cholestyramine light</i>	69
BRONCHITOL.....	77	CAPRELSA	30	<i>ciclopirox</i>	147
BRUKINSA.....	30	<i>captopril</i>	72	<i>cilostazol</i>	204
<i>budesonide</i>	79, 87	<i>carbamazepine</i>	139	CIMDUO	150
<i>bumetanide</i>	71	<i>carbidopa-levodopa</i>	56	<i>cimetidine hcl</i>	86
<i>buprenorphine</i>	119	CAREFINE PEN NEEDLE .	159	<i>cinacalcet</i>	74
<i>buprenorphine hcl</i>	45	CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	160	<i>ciprofloxacin hcl</i>	112, 127
<i>buprenorphine-naloxone</i>	45	CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....	160	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	128
<i>bupropion hcl</i>	144	CARETOUCH PEN NEEDLE	160	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	112
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	45	<i>carglumic acid</i>	87	<i>citalopram</i>	144
<i>bupirone</i>	116	<i>carteolol</i>	111	<i>clarithromycin</i>	125, 126
<i>bitalbital-acetaminop-caf-cod</i>	119	<i>cartia xt</i>	67	CLICKFINE PEN NEEDLE	160
<i>bitalbital-acetaminophen-caff</i>	119	<i>carvedilol</i>	65	<i>clindamycin hcl</i>	122
BYSANTI.....	58	CAYSTON	124	<i>clindamycin phosphate</i> ..	85, 123
BYSANTI TITRATION PACK A.....	58	<i>cefaclor</i>	124	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE).....	63
BYSANTI TITRATION PACK B.....	58	<i>cefadroxil</i>	124	CLINIMIX 8%- D10W(SULFITE-FREE) ...	63
BYSANTI TITRATION PACK C	58	<i>cefazolin</i>	124	CLINIMIX 8%- D14W(SULFITE-FREE) ...	63
C		<i>cefdinir</i>	124	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	63
CABENUVA	150	<i>cefepime</i>	124	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	64
<i>cabergoline</i>	56	<i>cefexime</i>	124	<i>clobazam</i>	139
CABOMETYX	30	<i>cefoxitin</i>	124	<i>clobetasol</i>	82, 83
<i>cabotegravir</i>	150	<i>cefpodoxime</i>	125	<i>clobetasol-emollient</i>	83
<i>calcipotriene</i>	84	<i>cefprozil</i>	125	<i>clomipramine</i>	144
<i>calcitonin (salmon)</i>	74	<i>ceftaroline fosamil</i>	125	<i>clonazepam</i>	46
<i>calcitriol</i>	74	<i>ceftazidime</i>	125	<i>clonidine</i>	64
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	87	<i>ceftriaxone</i>	125	<i>clonidine hcl</i>	64
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	30	<i>cefuroxime axetil</i>	125	<i>clopidogrel</i>	204
CAMCEVI (6 MONTH)	30	<i>cefuroxime sodium</i>	125	<i>clorazepate dipotassium</i>	46
<i>camila</i>	130	<i>celecoxib</i>	118	<i>clotrimazole</i>	147
<i>camrese</i>	130	<i>cephalexin</i>	125	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	147
<i>camrese lo</i>	130	<i>cevimeline</i>	81	<i>clozapine</i>	59
<i>candesartan</i>	68	<i>chateal eq (28)</i>	130	<i>c-nate dha</i>	207
		<i>chlordiazepoxide hcl</i>	46	COARTEM	55
		<i>chlorhexidine gluconate</i>	82	COBENFY	59
		<i>chloroquine phosphate</i>	55		
		<i>chlorpromazine</i>	59		
		<i>chlorthalidone</i>	71		

COBENFY STARTER PACK	59
<i>colchicine</i>	52
<i>colesevelam</i>	69
<i>colestipol</i>	69
<i>colistin (colistimethate na)</i> ..	123
COMBIVENT RESPIMAT... 80	
COMETRIQ	30
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	161, 162, 163
COMFORT EZ PEN NEEDLES	161, 162
COMFORT EZ PLUS PEN NEEDLE.....	162
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL	162
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE.....	163
<i>compro</i>	54
<i>conjugated estrogens</i>	92
<i>constulose</i>	88
COPIKTRA	30
CORTROPHIN GEL	94
COSENTYX.....	97
COSENTYX (2 SYRINGES) 97	
COSENTYX PEN (2 PENS). 97	
COSENTYX UNOREADY PEN	97
COTELLIC.....	30
CREON	206
CRESEMBA.....	147
<i>cromolyn</i>	77, 88, 115
<i>cryselle (28)</i>	130
CURITY ALCOHOL SWABS	163
CURITY GAUZE	163
<i>cyclobenzaprine</i>	206
<i>cyclophosphamide</i>	30
<i>cyclosporine</i>	97, 98, 113
<i>cyclosporine modified</i>	97, 98
<i>cyred eq</i>	130

D	
<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr</i>	64
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	64
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> 64	
<i>dabigatran etexilate</i>	203
<i>dalfampridine</i>	116
<i>danazol</i>	91
<i>dantrolene</i>	207
DANZITEN.....	31
<i>dapagliflozin</i>	48
<i>dapagliflozin-metformin</i>	48
<i>dapsone</i>	149
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	105
<i>daptomycin</i>	123
<i>darifenacin</i>	90
<i>darunavir</i>	150
<i>dasatinib</i>	31
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	130
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	131
DAURISMO.....	31
<i>daysee</i>	131
<i>deblitane</i>	131
<i>decitabine</i>	31
<i>deferasirox</i>	122
DELSTRIGO.....	150
DENG VAXIA (PF)	105
DEPO-SUBQ PROVERA	104
.....	96
DERMACEA.....	163
DERMACEA NON-WOVEN	164
<i>dermacinrx lidocan</i>	121
DESCOVY	150
<i>desipramine</i>	144
<i>desmopressin</i>	94
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> 131	
<i>desvenlafaxine succinate</i>	144
<i>dexamethasone</i>	93

<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	93, 114
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>	76
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> ..	64
DIACOMIT.....	139
<i>diazepam</i>	46, 139
<i>diazepam intensol</i>	46
<i>diazoxide</i>	53
<i>diclofenac potassium</i>	118
<i>diclofenac sodium</i> .. 83, 114, 118	
<i>diclofenac-misoprostol</i>	118
<i>dicloxacillin</i>	127
<i>dicyclomine</i>	88
<i>didanosine</i>	151
<i>difluprednate</i>	114
<i>digoxin</i>	68
<i>dihydroergotamine</i>	53
DILANTIN.....	139
<i>diltiazem hcl</i>	67
<i>dilt-xr</i>	67
<i>dimethyl fumarate</i>	98
<i>diphenoxylate-atropine</i>	88
<i>dipyridamole</i>	204
<i>disulfiram</i>	45
<i>divalproex</i>	139
<i>dofetilide</i>	64
<i>dolishale</i>	131
<i>donepezil</i>	47
<i>dorzolamide</i>	111
<i>dorzolamide-timolol</i>	111
<i>dotti</i>	92
DOVATO.....	151
<i>doxazosin</i>	65
<i>doxepin</i>	75, 144
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> ...	31
<i>doxy-100</i>	128
<i>doxycycline hyclate</i>	128
<i>doxycycline monohydrate</i>	128, 129
DRIZALMA SPRINKLE	144
<i>dronabinol</i>	54

DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) ..164, 165	EASY TOUCH INS SYR (HALF UNIT).....169	EMBRACE PEN NEEDLE .173
DROPLET INSULIN SYRINGE..... 164, 165, 166	EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 169, 170	EMGALITY PEN.....53
DROPLET MICRON PEN NEEDLE..... 166	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.169, 170, 171, 172	EMGALITY SYRINGE 53
DROPLET PEN NEEDLE.. 166	EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 171	EMSAM.....145
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS..... 166	EASY TOUCH PEN NEEDLE 171	<i>emtricitabine</i> 151
DROPSAFE INSULIN SYRINGE.....166, 167	EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 172, 173	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> .151
DROPSAFE PEN NEEDLE 167	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 170, 171	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> 151
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> 131	EASY TOUCH UNI-SLIP...172	EMTRIVA 151
<i>droxidopa</i> 116	EASYLIFE ALCOHOL PADS 172	<i>emzakh</i> 131
<i>duloxetine</i> 145	EASYLIFE INSULIN PEN NEEDLE 172, 173	<i>enalapril maleate</i> 72
DUPIXENT PEN..... 98	EASYLIFE INSULIN SYRINGE.....173	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> 72
DUPIXENT SYRINGE..... 98	EASYLIFE SAFETY PEN NEEDLE 173	ENBREL 98
<i>dutasteride</i> 90	<i>econazole nitrate</i> 147	ENBREL MINI 98
E	EDURANT PED.....151	ENBREL SURECLICK.....98
EASY COMFORT ALCOHOL PAD..... 168	<i>efavirenz</i> 151	<i>endocet</i> 119
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....167, 168	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> 151	ENERGIX-B (PF) 106
EASY COMFORT PEN NEEDLES 168	<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> 151	ENERGIX-B PEDIATRIC (PF) 106
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 167	ELIGARD 31	<i>enilloring</i> 131
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE..... 169	ELIGARD (3 MONTH).....31	<i>enoxaparin</i> 203
EASY GLIDE PEN NEEDLE 169	ELIGARD (4 MONTH).....31	<i>enpresse</i> 131
EASY TOUCH..... 171	ELIGARD (6 MONTH).....31	ENSACOVE 31
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS..... 170	<i>elinest</i> 131	<i>enskyce</i> 131
EASY TOUCH AUTORETRACT SYRINGE 170	ELIQUIS 203	<i>entacapone</i> 56
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 171	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 203	<i>entecavir</i> 155
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE..... 170	ELIQUIS SPRINKLE.....203	ENTYVIO.....98
	<i>eltrombopag olamine</i> ...204, 205	ENTYVIO PEN.....98
	<i>eluryng</i> 131	<i>enulose</i> 88
		ENVARUS XR 98
		EPCLUSA.....154
		EPIDIOLEX.....140
		<i>epinastine</i> 115
		<i>epinephrine</i> 116
		<i>epitol</i> 140
		<i>eplerenone</i> 73
		<i>ergoloid</i> 47
		ERIVEDGE.....31
		ERLEADA 31
		<i>erlotinib</i> 31, 32
		<i>errin</i> 131
		<i>ertapenem</i> 124
		<i>erythromycin</i> 112, 126

<i>erythromycin ethylsuccinate</i> 126	FASENRA.....99	<i>flurbiprofen sodium</i> 114
<i>erythromycin with ethanol</i> 86	FASENRA PEN 99	<i>fluticasone furoate-vilanterol</i> .80
<i>escitalopram oxalate</i> 145	<i>febuxostat</i> 52	<i>fluticasone propionate</i> 79, 83, 114
<i>eslicarbazepine</i> 140	<i>feirza</i> 132	<i>fluticasone propion-salmeterol</i> 80
<i>esomeprazole magnesium</i> 86	<i>felbamate</i> 140	<i>fluvastatin</i> 70
<i>estarylla</i> 131	<i>felodipine</i> 67	<i>fluvoxamine</i> 145
<i>estradiol</i> 92	<i>fenofibrate</i> 70	<i>folivane-ob</i> 207
<i>estradiol-norethindrone acet</i> . 92	<i>fenofibrate micronized</i> 70	<i>fondaparinux</i> 204
<i>eszopiclone</i> 75	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> ...70	<i>fosamprenavir</i> 151
<i>ethambutol</i> 149	<i>fentanyl</i> 120	<i>fosfomycin tromethamine</i> 123
<i>ethosuximide</i> 140	<i>fentanyl citrate</i> 119	<i>fosinopril</i> 72
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> 131	<i>fesoterodine</i> 90	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> 73
<i>etodolac</i> 118	FETZIMA 145	<i>fosphenytoin</i> 140
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> 131	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN.....50	FOTIVDA 32
<i>etoposide</i> 32	FIASP PENFILL U-100 INSULIN.....50	FRUZAQLA 32
<i>etravirine</i> 151	FIASP U-100 INSULIN.....50	<i>fulvestrant</i> 32
EUCRISA..... 83	<i>fidaxomicin</i> 126	<i>furosemide</i> 71
EULEXIN..... 32	FILSPARI 116	G
<i>everolimus (antineoplastic)</i> ... 32	<i>finasteride</i> 90	<i>gabapentin</i> 140
<i>everolimus</i> (immunosuppressive)..... 99	<i>ingolimod</i> 99	<i>galantamine</i> 47
EVOTAZ..... 151	FINTEPLA 140	<i>gallifrey</i> 96
EXEL INSULIN 173	FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE.....32	GAMUNEX-C.....99
<i>exemestane</i> 32	<i>flavoxate</i> 90	GARDASIL 9 (PF).....106
EXTENCILLINE..... 127	<i>flecainide</i> 64	GAUZE BANDAGE 183
EXXUA..... 145	<i>floxuridine</i> 32	GAUZE PAD 174
EYSUVIS 114	<i>fluconazole</i> 148	<i>gavilyte-c</i> 89
<i>ezetimibe</i> 69	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> 147	<i>gavilyte-g</i> 89
<i>ezetimibe-simvastatin</i> 69, 70	<i>flucytosine</i> 148	<i>gavilyte-n</i> 89
F	<i>fludrocortisone</i> 93	GAVRETO.....33
<i>falmina (28)</i> 132	<i>flunisolide</i> 114	<i>gefitinib</i> 33
<i>famciclovir</i> 155	<i>fluocinolone</i> 83	<i>gemfibrozil</i> 70
<i>famotidine</i> 86	<i>fluocinolone acetonide oil</i> 114	<i>generlac</i> 88
FANAPT 59	<i>fluocinonide</i> 83	<i>engraf</i> 99
FANAPT TITRATION PACK A..... 59	<i>fluorometholone</i> 114	<i>gentamicin</i> 86, 112, 122
FANAPT TITRATION PACK B..... 59	<i>fluorouracil</i> 32, 84	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> 122
FANAPT TITRATION PACK C..... 59	<i>fluoxetine</i> 145	GENVOYA.....151
FARXIGA 48	<i>fluphenazine decanoate</i> 59	GILOTRIF 33
	<i>fluphenazine hcl</i> 59, 60	<i>glatiramer</i> 99
	<i>flurbiprofen</i> 118	<i>glatopa</i> 99

<i>glimepiride</i>	52	<i>heparin (porcine)</i>	204	IDVYNZO.....	151
<i>glipizide</i>	52	HEPLISAV-B (PF).....	106	<i>ifosfamide</i>	33
<i>glipizide-metformin</i>	52	HERCEPTIN HYLECTA	33	ILEVRO.....	114
<i>glutamine (sickle cell)</i>	116	HERNEXEOS	33	<i>imatinib</i>	33, 34
<i>glyburide</i>	52	HIBERIX (PF).....	106	IMBRUVICA.....	34
<i>glyburide micronized</i>	52	HUMIRA.....	99	<i>imipenem-cilastatin</i>	124
<i>glyburide-metformin</i>	52	HUMIRA PEN	99	<i>imipramine hcl</i>	145
<i>glycopyrrolate</i>	88	HUMIRA(CF)	100	<i>imiquimod</i>	84
<i>glydo</i>	121	HUMIRA(CF) PEN.....	100	IMKELDI.....	34
GLYXAMBI.....	48	HUMIRA(CF) PEN CROHNS- UC-HS.....	100	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	106
GOMEKLI.....	33	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC.....	100	IMPAVIDO.....	55
<i>griseofulvin microsize</i>	148	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV- ADOL HS.....	100	<i>incassia</i>	132
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ..	148	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN.....	50	INCONTROL ALCOHOL PADS	175
<i>guanfacine</i>	64, 76	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN.....	50	INCONTROL PEN NEEDLE	175
GVOKE.....	116	<i>hydralazine</i>	73	INCRELEX.....	95
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	116	<i>hydrochlorothiazide</i>	71	<i>indapamide</i>	71
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	116	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	120	<i>indomethacin</i>	118
H		<i>hydrocortisone</i>	83, 87, 93	INFANRIX (DTAP) (PF)	106
HADLIMA	99	<i>hydrocortisone valerate</i>	83	<i>infliximab</i>	100
HADLIMA PUSH TOUCH ..	99	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> ...	112	INGREZZA.....	76
HADLIMA(CF).....	99	<i>hydromorphone</i>	120	INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	76
HADLIMA(CF) PUSH TOUCH	99	<i>hydroxychloroquine</i>	55	INGREZZA SPRINKLE	76
HAEGARDA.....	205	<i>hydroxyurea</i>	33	INLEXZO	34
<i>hailey 24 fe</i>	132	<i>hydroxyzine hcl</i>	149	INLURIYO	34
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	132	<i>hydroxyzine pamoate</i>	116	INLYTA.....	34
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	132	HYRNUO.....	33	INPEN (FOR HUMALOG) BLUE	175
<i>halobetasol propionate</i>	83	I		INPEN (FOR HUMALOG) GREY.....	175
<i>haloette</i>	132	<i>ibandronate</i>	74	INPEN (FOR HUMALOG) PINK	176
<i>haloperidol</i>	60	IBRANCE	33	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE	176
<i>haloperidol decanoate</i>	60	IBTROZI.....	33	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY	176
<i>haloperidol lactate</i>	60	<i>ibu</i>	118	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK	176
HAVRIX (PF).....	106	<i>ibuprofen</i>	118	INQOVI	34
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE.....	174, 175	<i>icatibant</i>	68		
HEALTHWISE PEN NEEDLE	175	<i>iclevia</i>	132		
HEALTHY ACCENTS		ICLUSIG.....	33		
UNIFINE PENTIP	175	<i>icosapent ethyl</i>	70		
<i>heather</i>	132	IDHIFA	33		

INREBIC.....	34	JAKAFI XR.....	34	<i>klor-con m20</i>	202
<i>insulin glargine-yfgn</i>	50	<i>jantoven</i>	204	KLOXXADO	45
<i>insulin lispro</i>	50	JARDIANCE.....	48	KOMZIFTI.....	35
INSULIN SYR/NDL U100		JASCAYD.....	77	KOSELUGO	35, 36
HALF MARK	176	<i>javygtor</i>	206	KRAZATI	36
INSULIN SYRINGE		JAYPIRCA.....	34, 35	<i>kurvelo (28)</i>	133
MICROFINE	158	<i>jencycla</i>	132	KYLEENA.....	133
INSULIN SYRINGE-NEEDLE		JENTADUETO	48	L	
U-100174, 176, 177, 184, 188		JENTADUETO XR.....	48	<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	133
INSULIN U-500 SYRINGE-		JIDEYTRO.....	35	<i>labetalol</i>	65
NEEDLE.....	177	<i>jolessa</i>	132	<i>lacosamide</i>	140
INSUPEN PEN NEEDLE..	177,	<i>juleber</i>	132	<i>lactulose</i>	88
178		JULUCA	152	<i>lamivudine</i>	152
INTELENCE	151	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	132	<i>lamivudine-zidovudine</i>	152
<i>introvale</i>	132	<i>junel 1/20 (21)</i>	132	<i>lamotrigine</i>	140
INVEGA HAFYERA.....	60	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	133	<i>lanreotide</i>	95
INVEGA SUSTENNA.....	60	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	133	<i>lansoprazole</i>	86
INVEGA TRINZA.....	60, 61	<i>junel fe 24</i>	133	LANTUS SOLOSTAR U-100	
INVELTYS.....	114	JYLAMVO.....	35	INSULIN.....	50
IPOL.....	106	JYNNEOS (PF)	106	LANTUS U-100 INSULIN...	50
<i>ipratropium bromide</i>	80, 115	K		<i>lapatinib</i>	36
<i>ipratropium-albuterol</i>	81	KALETRA	152	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	133
<i>irbesartan</i>	68	KALYDECO	77	<i>larin 1/20 (21)</i>	133
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>kariva (28)</i>	133	<i>larin 24 fe</i>	133
.....	68	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	133	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	133
ISENTRESS	151, 152	<i>kelnor 1/50 (28)</i>	133	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	133
ISENTRESS HD.....	151	KERENDIA.....	73	<i>latanoprost</i>	111
<i>isibloom</i>	132	KESIMPTA PEN.....	100	LAZCLUZE	36
<i>isoniazid</i>	149	<i>ketoconazole</i>	148	<i>leflunomide</i>	100
<i>isosorbide dinitrate</i>	73	<i>ketorolac</i>	114, 118	<i>lenalidomide</i>	36
<i>isosorbide mononitrate</i>	73	KEVZARA.....	100	LENTOCILIN S (WITH	
ISTURISA	93	KEYTRUDA	35	LIDOCAINE).....	127
ITOVEBI.....	34	KEYTRUDA QLEX.....	35	LENVIMA	36
<i>itraconazole</i>	148	KINERET.....	100	LEQEMBI IQLIK	47
IV PREP WIPES.....	178	KINRIX (PF).....	107	<i>lessina</i>	134
<i>ivabradine</i>	68	<i>kionex</i>	88	<i>letrozole</i>	36
<i>ivermectin</i>	55	KISQALI.....	35	<i>leucovorin calcium</i>	117
IWILFIN.....	34	KISQALI FEMARA CO-PACK		LEUKERAN	36
IXIARO (PF).....	106	.....	35	LEUKINE	205
J		KLISYRI (250 MG).....	84	<i>leuprolide</i>	36
<i>jaimiess</i>	132	<i>klor-con m10</i>	202	<i>leuprolide acetate (3 month)</i> ..	36
JAKAFI	34	<i>klor-con m15</i>	202	<i>levetiracetam</i>	140, 141

<i>levobunolol</i>	111	<i>lovastatin</i>	70	MAXICOMFORT INSULIN	
<i>levocetirizine</i>	149	<i>low-ogestrel (28)</i>	134	SYRINGE	178
<i>levofloxacin</i>	128	<i>loxapine succinate</i>	61	MAXI-COMFORT INSULIN	
<i>levofloxacin in d5w</i>	128	<i>lo-zumandimine (28)</i>	134	SYRINGE	178
<i>levonest (28)</i>	134	<i>lubiprostone</i>	88	MAXI-COMFORT INSULIN	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i>		<i>luizza</i>	134	SYRINGE	178
.....	134	LUMAKRAS	37	MAXICOMFORT SAFETY	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	134	LUNSUMIO VELO	37	PEN NEEDLE	178
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	134	LUPRON DEPOT	37, 95	<i>meclizine</i>	54
<i>levora-28</i>	134	LUPRON DEPOT (3 MONTH)		<i>medroxyprogesterone</i>	96
<i>levothyroxine</i>	91	.....	37, 95	<i>mefloquine</i>	55
<i>lidocaine</i>	121	LUPRON DEPOT (4 MONTH)		<i>megestrol</i>	38, 96
<i>lidocaine hcl</i>	121	.....	37	MEKINIST	38
<i>lidocaine-prilocaine</i>	121	LUPRON DEPOT (6 MONTH)		MEKTOVI	38
<i>lidocan iii</i>	121	.....	37	<i>meleya</i>	135
LIFYORLI	36	LUPRON DEPOT-PED	95	<i>meloxicam</i>	118
LILETTA	134	LUPRON DEPOT-PED (3		<i>memantine</i>	47
<i>linezolid</i>	123	MONTH)	95	MENQUADFI (PF)	107
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	123	<i>lurasidone</i>	61	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	
LINZESS	88	<i>lutra (28)</i>	134	(PF)	107
<i>liomny</i>	91	LUTRATE DEPOT (3		<i>mercaptopurine</i>	38
<i>liothyronine</i>	91	MONTH)	37	<i>meropenem</i>	124
LISCO	178	LYBALVI	61	<i>mesalamine</i>	87
<i>lisinopril</i>	73	<i>lyleq</i>	134	<i>mesna</i>	117
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	73	LYNPARZA	37	<i>metformin</i>	48
<i>lithium carbonate</i>	76	LYSODREN	37	<i>methadone</i>	120
<i>lithium citrate</i>	77	LYTGOBI	37	<i>methazolamide</i>	111
LIVTENCITY	154	<i>lyza</i>	134	<i>methenamine hippurate</i>	123
<i>lojaimiess</i>	134	M		<i>methimazole</i>	91
LOKELMA	88	<i>macitentan</i>	117	<i>methocarbamol</i>	207
<i>lomustine</i>	36	MAGELLAN INSULIN		<i>methotrexate sodium</i>	38
LONSURF	36, 37	SAFETY SYRNG	178	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	38
<i>loperamide</i>	88	MAGELLAN SYRINGE	178	<i>methoxsalen</i>	85
<i>lopinavir-ritonavir</i>	152	<i>magnesium sulfate</i>	202	<i>methsuximide</i>	141
<i>lorazepam</i>	46, 47	<i>malathion</i>	86	<i>methylphenidate hcl</i>	77
<i>lorazepam intensol</i>	46	<i>maraviroc</i>	152	<i>methylprednisolone</i>	93
LORBRENA	37	<i>marlissa (28)</i>	135	<i>methylprednisolone acetate</i>	93
<i>losartan</i>	68	<i>marnatal-f</i>	207	<i>metoclopramide hcl</i>	88
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	68	MARPLAN	145	<i>metolazone</i>	71
LOTEMAX	114	MATULANE	38	<i>metoprolol succinate</i>	65
LOTEMAX SM	114	MAXICOMFORT II PEN		<i>metoprolol tartrate</i>	65, 66
<i>loteprednol etabonate</i>	114	NEEDLE	178	<i>metronidazole</i>	85, 86, 123

<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	<i>morphine</i>	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>
..... 123	MORPHINE	 112
<i>metyrosine</i> 68	<i>morphine concentrate</i>	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>
<i>micafungin</i>	MOUNJARO	neo-polycin
<i>miconazole-3</i> 148	MOVANTIK	neo-polycin hc
MICRODOT INSULIN PEN	<i>moxifloxacin</i>	NERLYNX.....
NEEDLE..... 178, 179	<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>	<i>nevirapine</i>
MICRODOT READYGARD	 128	NEXLETOL
PEN NEEDLE	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	NEXLIZET
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	 128	NEXPLANON.....
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	MRESVIA (PF)	<i>niacin</i>
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i> ..	MULTAQ.....	NICOTROL NS.....
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	<i>mupirocin</i>	<i>nifedipine</i>
<i>midodrine</i> 64	<i>mycophenolate mofetil</i> . 100, 101	<i>nikki (28)</i>
MIEBO (PF)	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> .100	NIKTIMVO.....
<i>mifepristone</i>	<i>mycophenolate sodium</i>	<i>nilotinib hcl</i>
<i>mili</i>	<i>mynatal</i>	<i>nilutamide</i>
<i>mimvey</i> 92	<i>mynatal advance</i>	NINLARO.....
MINI ULTRA-THIN II.....	<i>mynate 90 plus</i>	<i>nintedanib</i>
<i>minocycline</i>	MYRBETRIQ.....	<i>nitazoxanide</i>
<i>minoxidil</i>	N	<i>nitisinone</i>
MIRENA	<i>nabumetone</i>	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .123
<i>mirtazapine</i>	<i>nafcillin</i>	<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>
<i>misoprostol</i>	<i>naloxone</i>	 123
<i>mitoxantrone</i>	<i>naltrexone</i>	<i>nitroglycerin</i>
MIUDELLA	NANO 2ND GEN PEN	 68, 74, 85
M-M-R II (PF).....	NEEDLE	NIVESTYM.....
<i>m-natal plus</i>	NANO PEN NEEDLE.....	NORDITROPIN FLEXPRO..95
<i>modafinil</i> 75	<i>naproxen</i>	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>
MODEYSO	<i>naratriptan</i>	 135
<i>moexipril</i> 73	NATACYN	<i>norethindrone (contraceptive)</i>
<i>molindone</i>	<i>nateglinide</i>	 135
<i>mometasone</i>	NAYZILAM.....	<i>norethindrone acetate</i>
MONOJECT INSULIN	<i>nebivolol</i>	 96
SAFETY SYRING.....	<i>nefazodone</i>	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>
MONOJECT INSULIN	<i>neomycin</i>	 135, 136
SYRINGE	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> 112	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>
MONOJECT SYRINGE	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	 136
MONOJECT ULTRA	 112	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>
COMFORT INSULIN.....	<i>neomycin-polymyxin b-</i>	<i>nortrel 1/35 (21)</i>
<i>mono-lynyah</i>	<i>dexameth</i>	<i>nortrel 1/35 (28)</i>
<i>montelukast</i>	 112, 115	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>
79		<i>nortriptyline</i>
		NORVIR
		152

NOVOFINE 32.....	180	OGSIVEO	39	<i>oseltamivir</i>	154
NOVOFINE AUTOCOVER	180	OJEMDA.....	39	OSENVELT	74
NOVOFINE PLUS	180	OJJAARA	39	OTEZLA.....	101
NOVOLIN 70/30 U-100		<i>olanzapine</i>	61	OTEZLA STARTER.....	101
INSULIN	50	<i>olmesartan</i>	68	OTEZLA XR.....	101
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-		<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid</i>		OTEZLA XR INITIATION.	101
100.....	51	.....	68	OTULFI	101, 102
NOVOLIN N FLEXPEN	51	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>oxcarbazepine</i>	141
NOVOLIN N NPH U-100		.....	69	<i>oxybutynin chloride</i>	90
INSULIN	51	<i>olopatadine</i>	115	<i>oxycodone</i>	121
NOVOLIN R FLEXPEN.....	51	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	70	<i>oxycodone-acetaminophen</i> ...	121
NOVOLIN R REGULAR U100		<i>omeprazole</i>	86	OZEMPIC	94
INSULIN	51	OMLYCLO	101	P	
NOVOLOG FLEXPEN U-100		OMNIPOD 5 (LIBRE 2/3		<i>pacerone</i>	65
INSULIN	51	PLUS).....	180	<i>paclitaxel protein-bound</i>	39
NOVOLOG MIX 70-30 U-100		OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO		<i>paliperidone</i>	61
INSULN	51	KT(GEN5).....	180	PANRETIN	85
NOVOLOG MIX 70-		OMNIPOD 5 G6-G7 PODS		<i>pantoprazole</i>	86
30FLEXPEN U-100	51	(GEN 5).....	181	<i>paricalcitol</i>	74
NOVOLOG PENFILL U-100		OMNIPOD 5 INTRO		<i>paroxetine hcl</i>	146
INSULIN	51	(LIBRE2/3PLUS)	181	PAXLOVID	155
NOVOLOG U-100 INSULIN		OMNIPOD CLASSIC PODS		<i>pazopanib</i>	39, 40
ASPART.....	51	(GEN 3).....	181	PEDIARIX (PF)	107
NUBEQA	39	OMNIPOD DASH INTRO KIT		PEDVAX HIB (PF).....	107
NUCALA	101	(GEN 4).....	181	<i>peg 3350-electrolytes</i>	89
NUPLAZID	61	OMNIPOD DASH PDM KIT		PEGASYS.....	155
NURTEC ODT	53	(GEN 4).....	181	<i>peg-electrolyte soln</i>	89
<i>nyamyc</i>	148	OMNIPOD DASH PODS (GEN		PEMAZYRE	40
<i>nylia 1/35 (28)</i>	136	4).....	181	<i>pemetrexed disodium</i>	40
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	136	ONAPGO	57	PEN NEEDLE.....	181
<i>nystatin</i>	148	<i>ondansetron</i>	54	PEN NEEDLE, DIABETIC 163,	
<i>nystatin-triamcinolone</i> .	148, 149	<i>ondansetron hcl</i>	54	174, 179, 181, 183, 184	
<i>nystop</i>	149	ONUREG	39	PEN NEEDLE, DIABETIC,	
NYVEPRIA.....	205	OPDIVO.....	39	SAFETY.....	185
O		OPDIVO QVANTIG	39	PENBRAYA (PF)	107
<i>obstetrix dha</i>	207	OPIPZA.....	61	PENBRAYA MENACWY	
<i>octreotide acetate</i>	95	ORFADIN	206	COMPONENT(PF)	107
ODEFSEY	152	ORGOVYX.....	95	PENBRAYA MENB	
ODOMZO.....	39	ORILISSA.....	95	COMPONENT (PF)	107
OFEV	77	ORKAMBI	77	<i>penicillamine</i>	122
<i>ofloxacin</i>	113	<i>orquidea</i>	136	<i>penicillin g potassium</i>	127
OIVIRI.....	39	ORSERDU	39	<i>penicillin v potassium</i>	127

PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF).....	107	POMALYST	40	PRO COMFORT ALCOHOL PADS	182
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF).....	108	<i>portia</i> 28	136	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	182
PENMENVY MENB COMPONENT (PF).....	108	<i>posaconazole</i>	149	PRO COMFORT PEN NEEDLE	182, 183
PENTACEL (PF).....	108	<i>potassium chloride</i>	202	<i>probenecid</i>	52
<i>pentamidine</i>	56	<i>potassium citrate</i>	202	<i>probenecid-colchicine</i>	52
PENTIPS PEN NEEDLE	182	<i>pr natal</i> 400	207	<i>prochlorperazine</i>	55
<i>pentoxifylline</i>	204	<i>pr natal</i> 400 <i>ec</i>	207	<i>prochlorperazine edisylate</i>	54
<i>perampanel</i>	141	<i>pr natal</i> 430	207	<i>prochlorperazine maleate</i>	55
<i>perindopril erbumine</i>	73	<i>pr natal</i> 430 <i>ec</i>	208	PRO-COMFORT ALCOHOL PADS	183
<i>periogard</i>	82	<i>pramipexole</i>	57	<i>procto-med hc</i>	84
<i>permethrin</i>	86	<i>prasugrel hcl</i>	204	<i>proctosol hc</i>	84
<i>perphenazine</i>	62	<i>pravastatin</i>	70	<i>proctozone-hc</i>	84
<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	146	<i>praziquantel</i>	56	PRODIGY INSULIN SYRINGE	183
<i>phenelzine</i>	146	<i>prazosin</i>	65	<i>progesterone micronized</i>	96
<i>phenobarbital</i>	141	<i>prednisolone</i>	93	PROGRAF	102
<i>phenytek</i>	141	<i>prednisolone acetate</i>	115	PROLASTIN-C	78
<i>phenytoin</i>	141	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	93	<i>promethazine</i>	55
<i>phenytoin sodium</i>	141	<i>prednisone</i>	93	<i>propafenone</i>	65
<i>phenytoin sodium extended</i> ..	141	<i>pregabalin</i>	142	<i>propranolol</i>	66
PIFELTRO	152	PREMARIN	92	<i>propylthiouracil</i>	91
<i>pilocarpine hcl</i>	82, 111	PREMPHASE.....	92	PROQUAD (PF).....	108
<i>pimozide</i>	62	PREMPRO	92	PROSOL 20 %	64
<i>pimtree</i> (28).....	136	<i>prenaissance</i>	208	<i>protriptyline</i>	146
<i>pioglitazone</i>	49	<i>prenaissance plus</i>	208	PULMOZYME.....	78
<i>pioglitazone-metformin</i>	49	<i>prenatabs fa</i>	208	PURE COMFORT ALCOHOL PADS	183
PIP PEN NEEDLE.....	182	<i>prenatal</i> 19	208	PURE COMFORT PEN NEEDLE	183
<i>piperacillin-tazobactam</i>	127	<i>prenatal</i> 19 (with docusate)..	208	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	183
PIQRAY	40	<i>prenatal plus</i>	208	<i>pyrazinamide</i>	149
<i>pirfenidone</i>	77, 78	<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	208	<i>pyridostigmine bromide</i>	201
<i>pitavastatin calcium</i>	70	<i>prenatal-u</i>	208	<i>pyrimethamine</i>	56
PLEGRIDY	102	PRETOMANID.....	149	Q	
<i>pnv-dha + docusate</i>	207	<i>prevalite</i>	70	QINLOCK.....	40
<i>pnv-omega</i>	207	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE	182	QUADRACEL (PF)	108
<i>pnv-select</i>	207	PREVYMIS.....	155	<i>quetiapine</i>	62
<i>podofilox</i>	85	PREZCOBIX.....	152		
<i>polycin</i>	113	PREZISTA	153		
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	113	PRIMAQUINE	56		
<i>pomalidomide</i>	40	<i>primidone</i>	142		
		PRIORIX (PF).....	108		

<i>quinapril</i>	73	<i>risperidone microspheres</i>	62	<i>select-ob (folic acid)</i>	208
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	73	<i>ritonavir</i>	153	<i>selegiline hcl</i>	57
<i>quinidine sulfate</i>	65	<i>rivaroxaban</i>	204	<i>selenium sulfide</i>	85
<i>quinine sulfate</i>	56	<i>rivastigmine</i>	48	SELZENTRY	153
QULIPTA	53	<i>rivastigmine tartrate</i>	48	<i>se-natal 19 chewable</i>	208
R		<i>rivelsa</i>	136	SEREVENT DISKUS	81
RABAVERT (PF)	108	<i>rizatriptan</i>	53	SEROSTIM	95
<i>rabeprazole</i>	86	ROCKLATAN	111	<i>sertraline</i>	146
RALDESY	146	<i>roflumilast</i>	78	<i>setlakin</i>	137
<i>raloxifene</i>	92	ROMVIMZA	40	<i>sevelamer carbonate</i>	88
<i>ramipril</i>	73	<i>ropinirole</i>	57	<i>sevelamer hcl</i>	89
<i>ranolazine</i>	68	<i>rosadan</i>	86	<i>sharobel</i>	137
<i>rasagiline</i>	57	<i>rosuvastatin</i>	71	SHINGRIX (PF)	109
RASONQUE	40	<i>rosyrah</i>	136	SIGNIFOR	95
RAYALDEE	74	ROTARIX	108	<i>sildenafil (pulm. hypertension)</i>	117
<i>reclipsen (28)</i>	136	ROTATEQ VACCINE	109	<i>silver sulfadiazine</i>	85
RECOMBIVAX HB (PF) ...	108	ROZLYTREK	41	SIMBRINZA	111
RELENZA DISKHALER ...	155	RUBRACA	41	<i>simliya (28)</i>	137
<i>repaglinide</i>	49	<i>rufinamide</i>	142	<i>simpanse</i>	137
REPATHA PUSHTRONEX .	70	RUKOBIA	153	SIMPLI PEN NEEDLE	174
REPATHA SURECLICK	71	RYBELSUS	94	<i>simvastatin</i>	71
REPATHA SYRINGE	71	RYBREVANT	41	<i>sirolimus</i>	102
RETACRIT	205	RYBREVANT FASPRO	41	SIRTURO	150
RETEVMO	40	RYDAPT	41	<i>sitagliptin phos-metformin</i>	49
REVCovi	206	RYKINDO	62	<i>sitagliptin phosphate</i>	49
REVUFORJ	40	S		SIVEXTRO	123
REXULTI	62	<i>sacubitril-valsartan</i>	69	SKY SAFETY PEN NEEDLE	185
REYATAZ	153	SAFESNAP INSULIN SYRINGE	184	SKYLA	137
REZDIFFRA	91	SAFETY PEN NEEDLE	185	SKYRIZI	102, 103
REZLIDHIA	40	SANTYL	85	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	203
REZUROCK	102	SAPHNELO PEN	102	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	203
RHOPRESSA	111	<i>sapropterin</i>	206	<i>sodium oxybate</i>	75
<i>ribavirin</i>	155	SCEMBLIX	41	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .	89
<i>rifabutin</i>	149	<i>scopolamine base</i>	55	<i>sodium, potassium, mag sulfates</i>	89
<i>rifampin</i>	149	SECUADO	62	<i>solifenacin</i>	90
<i>rifapentine</i>	149	SECURESAFE INSULIN SYRINGE	185	SOLQUA 100/33	51
<i>rilpivirine</i>	153	SECURESAFE PEN NEEDLE	185	SOLTAMOX	41
<i>rilpivirine hcl</i>	153	SELARSDI	102	SOMATULINE DEPOT	96
<i>riluzole</i>	77	<i>select-ob</i>	208	SOMAVERT	96
RINVOQ	102				
RINVOQ LQ	102				
<i>risperidone</i>	62				

<i>sorafenib</i>	41	SURE COMFORT PEN		TECHLITE PLUS PEN	
<i>sotalol</i>	66	NEEDLE	186	NEEDLE	188
<i>sotalol af</i>	66	SURE COMFORT SAFETY		<i>telmisartan</i>	69
SPIRIVA RESPIMAT	81	PEN NEEDLE	185	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	
<i>spironolactone</i>	72	SURE-FINE PEN NEEDLES		.....	69
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>		.....	186	<i>temazepam</i>	47
.....	72	SURE-JECT INSULIN		TENIVAC (PF)	109
<i>sprintec (28)</i>	137	SYRINGE	186, 187	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	
SPRITAM	142	SURE-PREP ALCOHOL PREP		.....	153
<i>sps (with sorbitol)</i>	89	PADS	187	TEPMETKO	42
<i>sronyx</i>	137	SYMPAZAN	142	<i>terazosin</i>	90
<i>ssd</i>	85	SYMTUZA	153	<i>terbinafine hcl</i>	149
<i>stavudine</i>	153	SYNJARDY	49	<i>terconazole</i>	85
STERILE PADS	174	SYNJARDY XR	49	<i>teriparatide</i>	74
STIOLTO RESPIMAT	81	SYRINGE WITH NEEDLE,		TERUMO INSULIN SYRINGE	
STIVARGA	41	SAFETY	185	.....	188
STOBOCLO	74	T		<i>testosterone</i>	91
STRENSIQ	206	TABLOID	41	<i>testosterone cypionate</i>	91
<i>streptomycin</i>	122	TABRECTA	41	<i>testosterone enanthate</i>	91
STRIBILD	153	<i>tacrolimus</i>	103	<i>tetrabenazine</i>	77
STRIVERDI RESPIMAT	81	<i>tadalafil</i>	117	<i>tetracycline</i>	129
<i>subvenite</i>	142	TAFINLAR	41, 42	THALOMID	103
SUBVENITE	142	TAGRISSO	42	<i>theophylline</i>	81
<i>sucralfate</i>	86	TALICIA	87	THINPRO INSULIN SYRINGE	
<i>sulfacetamide sodium</i>	113	TALZENNA	42	.....	188, 189
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	115	<i>tamoxifen</i>	42	<i>thioridazine</i>	62
<i>sulfadiazine</i>	128	<i>tamsulosin</i>	90	<i>thiothixene</i>	63
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>		<i>tarina 24 fe</i>	137	<i>tiadylt er</i>	67
.....	128	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	137	<i>tiagabine</i>	142
<i>sulfasalazine</i>	87	<i>taron-c dha</i>	208	TIBSOVO	42
<i>sulindac</i>	119	<i>taron-prex prenatal-dha</i>	208	<i>ticagrelor</i>	204
<i>sumatriptan</i>	54	TARPEYO	93	TICE BCG	42
<i>sumatriptan succinate</i>	53, 54	TAVNEOS	103	TICOVAC	109
<i>sunitinib malate</i>	41	<i>tazarotene</i>	85	<i>tigecycline</i>	129
SUNLENCA	153	<i>tazicef</i>	125	<i>tilia fe</i>	137
SURE COMFORT ALCOHOL		<i>taztia xt</i>	67	<i>timolol</i>	111
PREP PADS	186	TDVAX	109	<i>timolol maleate</i>	66, 111
SURE COMFORT INS. SYR.		TECHLITE INSULIN		<i>tinidazole</i>	56
U-100	185	SYRINGE	187, 188	<i>tiotropium bromide</i>	81
SURE COMFORT INSULIN		TECHLITE INSULN		TIVICAY	153
SYRINGE	185, 186	SYR(HALF UNIT)	187	TIVICAY PD	154
		TECHLITE PEN NEEDLE	188	<i>tizanidine</i>	207

TOBI PODHALER.....	122	<i>trifluoperazine</i>	63	TRULANCE	89
<i>tobramycin</i>	113	<i>trifluridine</i>	113	TRULICITY	94
<i>tobramycin in 0.225 % nacl.</i>	122	<i>trihexyphenidyl</i>	57	TRUMENBA	109
<i>tobramycin sulfate</i>	122	TRIJARDY XR	49	TRUQAP.....	42
<i>tobramycin-dexamethasone</i> .	113	TRIKAFTA	78	TRYNGOLZA.....	71
<i>tobramycin-lotepred</i>	113	<i>tri-legest fe</i>	137	TUKYSA	42
<i>tofacitinib</i>	103	<i>tri-linyah</i>	137	TURALIO	42
<i>tolterodine</i>	90	<i>tri-lo-estarylla</i>	137	<i>turqoz (28)</i>	138
<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>	72	<i>tri-lo-marzia</i>	137	TWINRIX (PF).....	109
TOPFINE INSULIN PEN		<i>tri-lo-mili</i>	137	<i>tyblume</i>	138
NEEDLE.....	189	<i>tri-lo-sprintec</i>	137	TYBOST	154
<i>topiramate</i>	142	<i>trimethoprim</i>	123	TYENNE.....	104
<i>toremifene</i>	42	<i>tri-mili</i>	138	TYENNE AUTOINJECTOR	
<i>torpenz</i>	42	<i>trimipramine</i>	146	.....	104
<i>torsemide</i>	72	TRINTELLIX.....	146	TYMLOS	74
TOUJEO MAX U-300		<i>tri-nymyo</i>	138	TYPHIM VI	109
SOLOSTAR.....	51	<i>tri-sprintec (28)</i>	138	U	
TOUJEO SOLOSTAR U-300		TRIUMEQ.....	154	UBRELVY	54
INSULIN	52	TRIUMEQ PD.....	154	UDENYCA ONBODY	205
TRADJENTA	49	<i>trivora (28)</i>	138	ULTICARE	192, 193
<i>tramadol</i>	121	<i>tri-vylibra</i>	138	ULTICARE INSULIN	
<i>tramadol-acetaminophen</i>	121	<i>tri-vylibra lo</i>	138	SYRINGE	192
<i>trandolapril</i>	73	<i>trosipium</i>	90	ULTICARE INSULN	
<i>tranexamic acid</i>	203	TRUE COMFORT ALCOHOL		SYR(HALF UNIT).....	192
<i>tranylcypromine</i>	146	PADS	190	ULTICARE PEN NEEDLE 192,	
<i>travoprost</i>	111	TRUE COMFORT INSULIN		193	
<i>trazodone</i>	146	SYRINGE.....	189, 190	ULTICARE SAFETY PEN	
TRECTOR.....	150	TRUE COMFORT PEN		NEEDLE	193
TRELEGY ELLIPTA	81	NEEDLE	190	ULTIGUARD SAFEPACK-	
TREMFYA	103, 104	TRUE COMFORT PRO		INSULIN SYR	193, 194
TREMFYA ONE-PRESS....	103	ALCOHOL PADS	190	ULTIGUARD SAFEPACK-	
TREMFYA PEN.....	104	TRUE COMFORT PRO INS		PEN NEEDLE	193, 194
TREMFYA PEN INDUCTION		SYRINGE.....	189, 190	ULILET ALCOHOL SWAB	
PK(2PEN).....	104	TRUE COMFORT SAFE		.....	194
<i>tretinoin</i>	85	INSULIN SYRG.....	189, 190,	ULILET INSULIN SYRINGE	
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	42	191		.....	176, 177, 194
<i>triamcinolone acetonide</i> ..82, 84,		TRUE COMFORT SAFETY		ULILET PEN NEEDLE	194
94		PEN NEEDLE	189	ULTRA CMFT INS SYR	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>		TRUE-COMFORT PRO PEN		(HALF UNIT)	174, 192
.....	72	NEEDLE	191	ULTRA COMFORT INSULIN	
<i>trientine</i>	122	TRUEPLUS INSULIN 191, 192		SYRINGE	174, 194, 195
<i>tri-estarylla</i>	137	TRUEPLUS PEN NEEDLE.191			

ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)	195	UPTRAVI	117	VERQUVO	74
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....	195, 196	<i>ursodiol</i>	89	VERSACLOZ	63
ULTRA FLO PEN NEEDLE	195	V		VERSALON	201
ULTRA THIN PEN NEEDLE	196	<i>valacyclovir</i>	155	VERZENIO.....	43
ULTRACARE INSULIN SYRINGE.....	196	VALCHLOR	85	<i>vienva</i>	138
ULTRACARE PEN NEEDLE	196, 197	<i>valganciclovir</i>	155	<i>vigabatrin</i>	143
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT).....	197	<i>valproate sodium</i>	142	<i>vigadrone</i>	143
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE.....	197	<i>valproic acid</i>	142	<i>vigpoder</i>	143
ULTRA-FINE PEN NEEDLE	197	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	142	<i>vilazodone</i>	147
ULTRA-FINE SAFETY INSULIN SYRN.....	197	<i>valsartan</i>	69	VIMKUNYA (PF).....	110
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR.....	198	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	69	<i>vinorelbine</i>	43
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL	198	VALTOCO	143	<i>viorele (28)</i>	138
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES	198	<i>valtya</i>	138	VIRACEPT	154
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE.....	198	<i>vancomycin</i>	123	VIREAD	154
UNIFINE OTC PEN NEEDLE	198	VANFLYTA	42	<i>vitafol-ob+dha</i>	208
UNIFINE PENTIPS	198, 199	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE.....	200	VITRAKVI	43
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW.....	199	VANISHPOINT SYRINGE.....	200	VIVOTIF.....	110
UNIFINE PENTIPS PLUS. 199, 201		VAQTA (PF).....	109	VIZIMPRO	43
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW.....	199	<i>varenicline tartrate</i>	45, 46	<i>volnea (28)</i>	138
UNIFINE PROTECT	199	VARIVAX (PF).....	110	VONJO	43
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	199, 200	VAXCHORA VACCINE	110	VOQUEZNA.....	87
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....	200	VELSIPITY.....	104	VORANIGO	43
		VELTASSA	89	<i>voriconazole</i>	149
		VEMLIDY	156	VOSEVI.....	154
		VENCLEXTA	42, 43	VOWST	89
		VENCLEXTA STARTING PACK	43	<i>vp-ch-pnv</i>	208
		<i>venlafaxine</i>	146, 147	VRAYLAR	63
		VEOZAH	77	VUMERITY.....	104
		VEPPANU	43	VYALEV	57
		<i>verapamil</i>	67	<i>vylibra</i>	138
		VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	200, 201	VYNDAMAX	68
		VERIFINE PEN NEEDLE .200, 201		VYZULTA.....	111
		VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	201	W	
		VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP.....	201	<i>warfarin</i>	204
				WEBCOL.....	201
				WEGOVY.....	94
				WELIREG.....	43
				WINREVAIR.....	78
				<i>wixela inhub</i>	81
				X	
				XALKORI.....	43
				<i>xarah fe</i>	138

XATMEP.....	43	YF-VAX (PF).....	110	<i>ziprasidone hcl</i>	63
XCOPRI	143	YONSA	44	<i>ziprasidone mesylate</i>	63
XCOPRI MAINTENANCE PACK	143	<i>yulithira</i>	44	ZIRABEV	44
XCOPRI TITRATION PACK	143	YUTREPIA	117	ZIRGAN	113
XDEMVI.....	113	<i>yuvafem</i>	92	ZOLINZA	44
XERMELO	89	Z		<i>zolpidem</i>	75
XIFAXAN	123, 124	<i>zafemy</i>	138	ZONISADE.....	143
XIIDRA.....	115	<i>zafirlukast</i>	79	<i>zonisamide</i>	143
XOLAIR.....	78	<i>zaleplon</i>	75	<i>zovia 1-35 (28)</i>	138
XOSPATA.....	43	<i>zatean-pn dha</i>	208	ZTALMY	143
XPOVIO.....	44	<i>zatean-pn plus</i>	208	ZURZUVAE	147
XTANDI.....	44	ZEJULA	44	ZYDELIG	45
<i>xulane</i>	138	ZELBORAF	44	ZYKADIA	45
XULTOPHY 100/3.6	52	<i>zenatane</i>	85	ZYMFENTRA	104
Y		ZENBEXUS	44	ZYPREXA RELPREVV	63
YESINTEK.....	104	ZENPEP	206		
		<i>zidovudine</i>	154		
		<i>zingiber</i>	208		



Esta *Lista de medicamentos* se actualizó el 1/1/2027 .

Si desea obtener información más reciente o tiene otras preguntas, llámenos al 1-888-361-7526 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite www.hpsj-mvhp.org.