



# **Provider Partners Health Plans (HMO I-SNP)**

## **Formulario CY2025**

### **(Lista de Medicamentos Cubiertos)**

**IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN  
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

Identificación del formulario 25261

Este formulario se actualizó el 06/26/2025. Para obtener información actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente de Provider Partners Health Plans al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), en el horario 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 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite [www.pphealthplan.com](http://www.pphealthplan.com).

**Nota para los miembros actuales:** Este Formulario cambió con respecto al del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contenga los medicamentos que usted toma.

Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en esta Lista de medicamentos (Formulario), se refieren a Provider Partners Health Plans. Siempre que encuentre las expresiones “plan” o “nuestro plan,” se refieren a *Provider Partners Illinois Advantage Plan, Provider Partners Indiana Advantage, Community and Essential Plan, Provider Partners Maryland Advantage, Community and Essential, Provider Partners Missouri Advantage, Community and Essential Plan, Provider Partners North Carolina Advantage, Community and Essential Plan, Provider Partners Pennsylvania Advantage, Community and Essential Plan y Provider Partners Texas Advantage Plan*.

Este documento incluye una Lista de medicamentos (Formulario) para nuestro plan, que está actualizada al 06/26/2025. Para obtener una Lista de medicamentos (Formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (Formulario), aparece en la portada y la contraportada.

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

## **¿Qué es el Formulario de Provider Partners Health Plans?**

En este documento, utilizamos los términos Lista de medicamentos y Formulario para referirnos a lo mismo. Un Formulario es una lista de los medicamentos cubiertos que seleccionó Provider Partners Health Plans en consulta con un equipo de proveedores de cuidado de la salud, que representa las terapias con medicamentos recetados que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, Provider Partners Health Plans cubrirá los medicamentos incluidos en el Formulario, siempre que el medicamento sea médicaamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Provider Partners Health Plans y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

## **¿Pueden hacerse cambios al Formulario?**

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero Provider Partners Health Plans podría agregar o quitar medicamentos del Formulario durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios. Las actualizaciones del Formulario se publican todos los meses en nuestro sitio web: [www.pphhealthplan.com](http://www.pphhealthplan.com).

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

- **Sustituciones inmediatas de ciertas nuevas versiones de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Es posible que quitemos inmediatamente un medicamento de nuestro Formulario si decidimos reemplazarlo por una nueva versión determinada de dicho medicamento que aparecerá con las mismas o menos restricciones. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro Formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro Formulario, pero agregar nuevas restricciones inmediatamente.

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

Si usted actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le comuniquemos un cambio inmediato por adelantado, sino que más adelante le proporcionemos la información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.

Si realizamos dicho cambio, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento que se cambiará. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Provider Partners Health Plans?”.

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que se lo retire por motivos de seguridad o eficacia, es posible que quitemos inmediatamente el medicamento de nuestro Formulario y luego les avisemos a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podremos realizar otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos quitar un medicamento de marca del Formulario al agregar un equivalente genérico o quitar un producto biológico original al agregar uno biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original. Podríamos hacer cambios debido a nuevas pautas clínicas. Si quitamos medicamentos de nuestro Formulario, agregamos requisitos de autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. O bien, cuando un miembro solicita un resurtido del medicamento, puede recibir un suministro para 30 días del medicamento y un aviso del cambio.>

Si realizamos estos otros cambios, usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción para usted y sigamos cubriendo el medicamento que ha estado tomando. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Provider Partners Health Plans?”.

**Cambios que no le afectarán si actualmente toma el medicamento.** Por lo general, si usted está tomando un medicamento de nuestro Formulario 2025 que estuvo cubierto al principio del año, no interrumpiremos ni reduciremos su cobertura durante el año de cobertura 2025, excepto según lo descrito arriba. Esto significa que, durante el resto del año de cobertura, estos medicamentos seguirán estando disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para los miembros que los estén tomando. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, tales cambios le

afectarán, y es importante que revise el Formulario para el nuevo año de beneficios para saber si hay cambios en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el 06/26/2025. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Provider Partners Health Plans, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. Todas las actualizaciones del formulario se enumeran en [www.pphealthplan.com](http://www.pphealthplan.com), donde también se publica el formulario más reciente

## ¿Cómo uso el Formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el Formulario:

### Afección médica

El Formulario comienza en la página 8. En este Formulario, los medicamentos se agrupan en categorías según el tipo de condiciones médicas que traten. Por ejemplo, los medicamentos que tratan una afección cardíaca aparecen debajo de la categoría Cardiovasculares. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la Lista que empieza en la página 8. Luego busque en el nombre de la categoría de su medicamento.

### Lista alfabética

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

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Provider Partners Health Plans cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico es un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos porque tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los genéricos son tan eficaces como los de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de contar con una nueva receta, según las leyes estatales.

## ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En el Formulario, cuando nos referimos a medicamentos, puede significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una versión genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los biosimilares surten exactamente el mismo efecto que los productos biológicos originales y pueden costar menos. Hay alternativas

biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

- Para ver un análisis de los tipos de medicamentos, consulte la Sección 3.1 “La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura” del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura.

## ¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos o límites adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** Provider Partners Health Plans exige que usted (o el profesional que receta) obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que tendrá que obtener la aprobación de Provider Partners Health Plans antes de surtir sus recetas. Si no obtiene aprobación, es posible que Provider Partners Health Plans no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** En el caso de ciertos medicamentos, Provider Partners Health Plans pone un límite sobre la cantidad del medicamento que el plan cubrirá. Por ejemplo, Provider Partners Health Plans provee <number of units> comprimidos por cada receta de <drug name>. Esto puede agregarse al suministro estándar para uno o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, Provider Partners Health Plans exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Provider Partners Health Plans no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le da resultado, Provider Partners Health Plans cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 11. También puede visitar nuestro sitio web para obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones con respecto a la preautorización y la terapia escalonada. También puede pedirnos que le envíemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en la portada y la contraportada.

Usted puede pedir a Provider Partners Health Plans que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede pedir una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Provider Partners Health Plans?” en la página 5 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

## ¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el Formulario?

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

Si le informan que Provider Partners Health Plans no cubre el medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedir al Departamento de Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Provider Partners Health Plans. Cuando reciba la Lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Provider Partners Health Plans.
- Puede pedir a Provider Partners Health Plans que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación información sobre cómo solicitar una excepción.

## **¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Provider Partners Health Plans?**

Puede pedir a Provider Partners Health Plans que haga una excepción a las reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, aunque no esté en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que anulemos una restricción de cobertura, incluidos la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad que se apliquen a su medicamento. Por ejemplo, sobre ciertos medicamentos, Provider Partners Health Plans puede limitar la cantidad que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que anulemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Provider Partners Health Plans solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan o la aplicación de la restricción no fueran tan efectivos para usted o pudieran causarle efectos adversos.

Usted o el profesional que receta deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción al Formulario, incluida la excepción a una restricción de cobertura. **Si solicita una excepción, el profesional que receta deberá explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si usted considera, y nosotros aceptamos, que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si aceptamos, o si el profesional que receta solicita una decisión rápida, debemos comunicarle una decisión dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo del profesional que receta.

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

Como miembro nuevo o que continúa en nuestro plan es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O quizás esté tomando un medicamento que está en nuestro Formulario, pero tiene una restricción de cobertura, como autorización previa. Debe hablar con el profesional que receta sobre solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios para la aprobación, cambiar por un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al formulario, de manera que cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no estén en nuestro Formulario o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos del medicamento para 30 días como máximo. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro para 30 días, no pagaremos estos medicamentos, aunque usted haya sido miembro del plan durante menos de 90 días.

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

En el caso de los miembros que están fuera del período de transición y que experimentan un cambio en el nivel de atención cuando cambian de un entorno de tratamiento a otro (ejemplo: de un centro de cuidado a largo plazo a un hospital, de un hospital a un centro de cuidado a largo plazo, de un hospital al domicilio, del domicilio a un centro de cuidado a largo plazo, de un centro de cuidados paliativos a un centro de cuidado a largo plazo, de un centro de cuidados paliativos al domicilio).

Autorizaremos el resurtido temprano de un suministro para 30 días de medicación en el comercio minorista y un suministro de hasta 31 días en el centro de cuidado a largo plazo, además de un resurtido de transición y emergencia de medicamentos que no están incluidos en el formulario (inclusive aquellos medicamentos que están en el formulario pero que requieren autorización previa, terapia escalonada: o bien que están sujetos a restricciones en cuanto al límite de cantidad).

## **Para obtener más información**

Si desea información más detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de Provider Partners Health Plans, consulte el documento Prueba de Cobertura y otros documentos del plan.

Si tiene preguntas sobre Provider Partners Health Plans, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en la portada y la contraportada.

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

## **Formulario de Provider Partners Health Plans**

El formulario que comienza en la página siguiente brinda información sobre la cobertura de medicamentos que ofrece Provider Partners Health Plans. Si tiene dificultad para encontrar su medicamento en la lista, vaya al “Índice alfabético” que comienza en la página I-1.

La primera columna del cuadro detalla el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (p. ej., <PURIXAN>) y los medicamentos genéricos están en minúscula y cursiva (p. ej., <meloxicam>).

La información de la columna “Requisitos o límites” le dirán si Provider Partners Health Plans tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

## **Índice de medicamentos**

*última actualización  
del formulario*

06/26/2025

Y0135\_FORM25\_C SP

Este formulario se actualizó el 06/26/2025. Para obtener información actualizada o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente de Provider Partners Health Plans al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), en el horario 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 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite [www.pphhealthplan.com](http://www.pphhealthplan.com).

*[BACK COVER]*

*última actualización  
del formulario*

06/26/2025

Y0135\_FORM25\_C SP

## Lista de Cobertura de Medicamentos

### Lista de Medicamentos por Condicion Medica

AGENTES ANTI CÁNCER.....	4
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS .....	17
AGENTES ANTIANSIEDAD .....	18
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS .....	19
AGENTES ANTIDEMENCIA.....	19
AGENTES ANTIDIABETICO .....	20
AGENTES ANTIGOTA .....	24
AGENTES ANTIMIGRAÑA.....	24
AGENTES ANTINAUSEA .....	25
AGENTES ANTIPARASITARIOS .....	26
AGENTES ANTIPARKINSON.....	27
AGENTES ANTIPSICÓTICOS .....	28
AGENTES CALÓRICOS.....	33
AGENTES CARDIOVASCULARES .....	34
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA.....	41
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA .....	42
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO .....	42
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....	43
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO .....	46
AGENTES DENTALES Y ORALES.....	50
AGENTES DERMATOLÓGICOS .....	50
AGENTES GASTROINTESTINALES .....	54
AGENTES GENITOURINARIOS .....	56
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR.....	57
AGENTES INMUNOLÓGICOS .....	61
AGENTES OFTÁLMICOS .....	70
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA .....	71

AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS.....	74
AGENTES VASODILATADORES .....	75
ANALGÉSICOS.....	75
ANESTÉSICOS.....	78
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS .....	78
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA).....	79
ANTIBACTERIANOS .....	79
ANTICONCEPTIVOS .....	85
ANTICONVULSIVOS .....	90
ANTIDEPRESIVOS .....	94
ANTIFÚNGICOS.....	96
ANTIHISTAMÍNICOS .....	98
ANTIMICOBACTERIALES .....	98
ANTIVIRALES (SITÉMICO) .....	98
COFACTORES ENZIMÁTICOS/OTROS .....	103
DISPOSITIVOS .....	103
PREPARACIONES DE REEMPLAZO .....	145
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN .....	146
REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA .....	148
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS .....	149
SOLUCIONES IRRIGANTES .....	149
VITAMINAS Y MINERALES .....	149

## Leyenda

### 1: Medicamentos cubiertos

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

**PA:** Autorización previa - Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa antes de surtir su receta médica para este medicamento. Sin la aprobación previa, no podríamos cubrir este medicamento.

**PA BvD:** Parte B vs. Parte D - Este medicamento recetado puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare, dependiendo de las circunstancias. Es posible que sea necesario enviar información que describa el uso y el entorno del medicamento para tomar esta determinación.

**PA NSO:** Autorización previa - Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa antes de surtir su receta médica para este medicamento. Sin la aprobación previa, no podríamos cubrir este medicamento.

**QL:** Límite de cantidad - Nuestro plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos.

**ST:** Terapia de pasos - En algunos casos, se requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que nosotros cubramos otro medicamento para esa afección, a menos que ya tomara ese medicamento.

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

## Lista de Cobertura de Medicamentos

### Lista de Medicamentos por Condicion Medica

AGENTES ANTI CÁNCER.....	4
AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS .....	17
AGENTES ANTIANSIEDAD .....	18
AGENTES ANTICOLINÉRGICOS .....	19
AGENTES ANTIDEMENCIA.....	19
AGENTES ANTIDIABETICO .....	20
AGENTES ANTIGOTA .....	24
AGENTES ANTIMIGRAÑA.....	24
AGENTES ANTINAUSEA .....	25
AGENTES ANTIPARASITARIOS .....	26
AGENTES ANTIPARKINSON.....	27
AGENTES ANTIPSICÓTICOS .....	28
AGENTES CALÓRICOS.....	33
AGENTES CARDIOVASCULARES .....	34
AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA.....	42
AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA .....	42
AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO .....	43
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....	43
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO .....	46
AGENTES DENTALES Y ORALES.....	50
AGENTES DERMATOLÓGICOS .....	51
AGENTES GASTROINTESTINALES .....	54
AGENTES GENITOURINARIOS .....	56
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR.....	57
AGENTES INMUNOLÓGICOS .....	61
AGENTES OFTÁLMICOS .....	70
AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA .....	72

AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS.....	74
AGENTES VASODILATADORES .....	75
ANALGÉSICOS.....	76
ANESTÉSICOS.....	79
ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS .....	79
ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA).....	79
ANTIBACTERIANOS .....	79
ANTICONCEPTIVOS .....	85
ANTICONVULSIVOS .....	91
ANTIDEPRESIVOS .....	95
ANTIFÚNGICOS.....	97
ANTIHISTAMÍNICOS .....	99
ANTIMICOBACTERIALES .....	99
ANTIVIRALES (SITÉMICO) .....	99
COFACTORES ENZIMÁTICOS/OTROS .....	104
DISPOSITIVOS .....	104
PREPARACIONES DE REEMPLAZO .....	147
PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN .....	148
REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA .....	150
RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS .....	151
SOLUCIONES IRRIGANTES .....	151
VITAMINAS Y MINERALES .....	151

## Leyenda

### 1: Medicamentos cubiertos

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

**PA:** Autorización previa - Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa antes de surtir su receta médica para este medicamento. Sin la aprobación previa, no podríamos cubrir este medicamento.

**PA BvD:** Parte B vs. Parte D - Este medicamento recetado puede estar cubierto por la Parte B o D de Medicare, dependiendo de las circunstancias. Es posible que sea necesario enviar información que describa el uso y el entorno del medicamento para tomar esta determinación.

**PA NSO:** Autorización previa - Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa antes de surtir su receta médica para este medicamento. Sin la aprobación previa, no podríamos cubrir este medicamento.

**QL:** Límite de cantidad - Nuestro plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos.

**ST:** Terapia de pasos - En algunos casos, se requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que nosotros cubramos otro medicamento para esa afección, a menos que ya tomara ese medicamento.

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<b>AGENTES ANTI CÁNCER</b>		
<b>Agentes Anti Cáncer</b>		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	1	PA NSO
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	MO
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4ML	1	PA NSO; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK 0.8 & 200 MG	1	PA NSO; QL (66 per 28 days)
AXTLE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 500 MG	1	
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	1	
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
BENDAMUSTINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
<i>bendamustine hcl intravenous solution reconstituted 100 mg, 25 mg</i>	1	PA NSO
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	1	PA NSO
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	1	PA NSO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	1	
BIZENGRI (750 MG DOSE) INTRAVENOUS SOLUTION THERAPY PACK 375 MG/18.75ML	1	PA NSO; QL (75 per 28 days)
<i>bleomycin sulfate injection solution reconstituted 15 unit, 30 unit</i>	1	
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg</i>	1	PA NSO
BORUZU INJECTION SOLUTION 3.5 MG/1.4ML	1	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	1	PA NSO
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	1	PA NSO
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 2 gm/4ml</i>	1	PA BvD

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/5ML, 500 MG/2.5ML, 500 MG/5ML, 500 MG/ML	1	PA BvD
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG <i>cyclophosphamide oral capsule 50 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg</i>	1	PA BvD; ST
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 50 MG	1	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 40 MG/10ML	1	PA NSO; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG <i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA NSO
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG <i>decitabine intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	1	PA BvD
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/20ML	1	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	1	PA NSO
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 44 MG/1.1ML	1	PA NSO
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 76 MG/1.9ML	1	PA NSO; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	1	
EMRELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 20 MG	1	PA NSO
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8ML, 48 MG/0.8ML	1	PA NSO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50ML, 200 MG/100ML	1	PA NSO
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib hcl oral tablet 150 mg</i>	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml</i>	1	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	1	
<i>everolimus oral tablet 10 mg</i>	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	1	MO
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	1	PA BvD
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	1	PA BvD
<i>flouxuridine injection solution reconstituted 0.5 gm</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	1	PA BvD
FLUTAMIDE ORAL CAPSULE 125 MG	1	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	1	
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA NSO
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	1	
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG	1	PA NSO; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	1	PA NSO; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gm/20ml, 3 gm/60ml</i>	1	
<i>ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
IMBRUICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMBRUICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	1	PA NSO; QL (216 per 30 days)
IMBRUICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG, 10 MG	1	PA NSO
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/1.25ML, 300 MG/15ML	1	PA NSO
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	PA NSO; QL (280 per 28 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	1	PA NSO; QL (5 per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	1	PA NSO; MO; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/10ML	1	PA NSO
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	1	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	1	PA NSO; QL (2 per 28 days)
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (42 per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (63 per 28 days)
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA NSO; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA NSO; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	1	PA NSO; QL (91 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	1	PA NSO
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	1	PA NSO
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	1	PA NSO
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	1	PA NSO
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	MO
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	1	
LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH) INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG	1	PA NSO
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	1	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	1	PA NSO; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	1	PA NSO; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6ML	1	PA NSO
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML, 30 MG/30ML	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG	1	PA NSO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	1	PA NSO
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	1	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO; QL (140 per 28 days)
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO; QL (140 per 28 days)
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	1	PA NSO; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 250 MG/10ML	1	PA NSO
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	1	
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	1	PA NSO; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml</i>	1	
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	1	
METHOTREXATE SODIUM INJECTION SOLUTION 50 MG/2ML	1	
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone hcl intravenous concentrate 20 mg/10ml</i>	1	
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	1	PA NSO; MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	1	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	1	PA NSO; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	1	PA NSO; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 120 MG/12ML, 240 MG/24ML, 40 MG/4ML	1	PA NSO
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UT/5ML	1	PA NSO
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20ML	1	PA NSO
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA BvD
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
PEMETREXED DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/40ML, 100 MG/4ML, 500 MG/20ML, 850 MG/34ML	1	
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 1000 mg, 750 mg</i>	1	
<i>pemetrexed ditromethamine intravenous solution reconstituted 100 mg, 500 mg</i>	1	
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	1	PA NSO; MO; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	1	PA NSO; MO; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	PA NSO
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400-23400 MG -UT/11.7ML, 1600-26800 MG -UT/13.4ML	1	PA NSO
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	1	PA NSO; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	PA NSO
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 350 MG/7ML	1	PA NSO
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 188 MG, 47 MG	1	PA NSO
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	1	MO
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	1	PA NSO
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	1	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	1	PA NSO; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 3 MG/1.5ML, 40 MG/ML	1	PA NSO
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 153 MG/1.7ML, 30 MG/3ML	1	PA NSO
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML	1	PA NSO
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	1	
TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 40 MG	1	PA NSO; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 100 mg/5ml</i>	1	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	1	MO
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i>	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	1	PA NSO
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	1	
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (64 per 28 days)
TRUQAP TABLET THERAPY PACK 160 MG ORAL	1	PA NSO; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	1	PA NSO
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	1	PA NSO
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	1	PA NSO; MO
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	1	PA NSO
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml	1	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	1	PA NSO
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	1	PA NSO
VYLOY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 300 MG	1	PA NSO
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	1	PA Bd; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA NSO; QL (16 per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	PA NSO; QL (4 per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	1	PA NSO; QL (4 per 28 days)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	PA NSO; QL (24 per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	1	PA NSO; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40ML, 50 MG/10ML	1	PA NSO
YONSA ORAL TABLET 125 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ZELBORA ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ZIIHERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG	1	PA NSO
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	1	PA NSO; MO
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	1	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	1	
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG	1	PA NSO
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20ML	1	PA NSO; QL (20 per 28 days)
<b>AGENTES ANTI-ADICCIÓN/DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS</b>		
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b>		
acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg	1	MO
APO-VARENICLINE TABLET 1 MG ORAL	1	QL (336 per 365 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML</i>	1	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	1	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml, 2 mg/2ml</i>	1	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	1	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML</i>	1	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 &amp; 1 mg x 42</i>	1	
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg (56 pack)</i>	1	QL (336 per 365 days)
<i>VARENICLINE TARTRATE ORAL TABLET 1 MG</i>	1	QL (336 per 365 days)
<b>AGENTES ANTIANSIEDAD</b>		
<b>Benzodiacepinas</b>		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	1	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diazepam solution 5 mg/ml injection</i>	1	
<i>lorazepam concentrate 2 mg/ml oral</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)

## AGENTES ANTICOLINÉRGICOS

### Antimuscarínicos/Antiespasmódicos

<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule 5-2.5 mg</i>	1	
<i>glycopyrrolate oral solution 1 mg/5ml</i>	1	MO

## AGENTES ANTIDEMENCIA

### Agentes Antidemencia

<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	1	MO
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid mesylates oral tablet 1 mg</i>	1	MO
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	1	MO; QL (200 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	1	MO; QL (300 per 30 days)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	MO
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<b>AGENTES ANTIDIABETICO</b>		
<b>Agentes Antidiabeticos, Varios</b>		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral solution 500 mg/5ml</i>	1	MO; QL (765 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	1	MO; QL (75 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	1	MO; QL (150 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	1	PA; MO; QL (112 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	1	PA; MO; QL (2 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 2.5 MG/0.5ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 2 MG/1.5ML, 2 MG/3ML	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 4 MG/3ML	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
RYBELSUS (FORMULATION R2) ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 25-1000 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
TRIARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
TRIARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	1	PA; MO; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
<b>Insulinas</b>		
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prot &amp; asp flexpen subcutaneous suspension pen-injector (70-30) 100 unit/ml</i>	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
INSULIN ASPART FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
INSULIN ASPART INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
INSULIN ASPART PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>insulin aspart prot &amp; aspart subcutaneous suspension (70-30) 100 unit/ml</i>	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 RELION SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N RELION SUSPENSION 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R RELION SOLUTION 100 UNIT/ML INJECTION	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	1	MO; max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
<b>Sulfonilureas</b>		
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	1	MO; QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	1	MO; QL (60 per 30 days)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	1	MO; QL (60 per 30 days)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	1	MO; QL (30 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	1	MO; QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 2.5 mg	1	MO; QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	1	MO; QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg	1	MO; QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	1	MO; QL (120 per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg	1	MO
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	MO
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg	1	MO
<b>AGENTES ANTIGOTA</b>		
<b>Agentes Antigota, Otros</b>		
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	1	MO
colchicine oral capsule 0.6 mg	1	QL (60 per 30 days)
colchicine oral tablet 0.6 mg	1	QL (120 per 30 days)
colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg	1	MO
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
probenecid oral tablet 500 mg	1	MO
<b>AGENTES ANTIMIGRAÑA</b>		
<b>Agentes Antimigraña</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 per 30 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5ML	1	PA; MO; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 225 MG/1.5ML	1	PA; MO; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	1	ST; QL (8 per 28 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; MO; QL (3 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	1	PA; MO; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; MO; QL (2 per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	1	QL (9 per 30 days)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	1	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act, 5 mg/act</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	1	QL (5 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (16 per 30 days)
<b>AGENTES ANTINAUSEA</b>		
<b>Agentes Antinausea</b>		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	PA BvD; QL (2 per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 &amp; 125 mg</i>	1	PA BvD
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	1	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ondansetron hcl injection solution 40 mg/20ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	1	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethazine hcl rectal suppository 25 mg</i>	1	
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule 300 mg</i>	1	
<b>AGENTES ANTIPARASITARIOS</b>		
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG</i>	1	
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<b>IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG</b>	1	PA; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	1	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	MO
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	1	PA BvD
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	1	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	1	
<b>PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET 26.3 (15 BASE) MG</b>	1	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	1	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	1	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<b>AGENTES ANTIPARKINSON</b>		
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	MO
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	MO
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	1	MO
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	MO
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	MO
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<b>KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG</b>	1	PA; QL (150 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
KYNMOBI TITRATION KIT SUBLINGUAL KIT 10&15&20&25&30 MG	1	PA
ONAPGO SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 98 MG/20ML	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	MO
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	MO
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
VYALEV SUBCUTANEOUS SOLUTION 12-240 MG/ML	1	PA; MO; QL (560 per 28 days)
<b>AGENTES ANTIPSICÓTICOS</b>		
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML	1	QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 960 MG/3.2ML	1	QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	1	MO; QL (2 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	1	MO; QL (2 per 28 days)
<i>ariPIPRAZOLE oral solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>ariPIPRAZOLE oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>ariPIPRAZOLE oral tablet dispersible 10 mg</i>	1	ST; MO; QL (90 per 30 days)
<i>ariPIPRAZOLE oral tablet dispersible 15 mg</i>	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	1	QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	1	MO; QL (3.9 per 14 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	1	MO; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	1	MO; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	1	MO; QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	1	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	1	MO
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	1	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	1	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 50-20 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG	1	ST
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	1	MO; QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	1	MO; QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	1	MO; QL (1.5 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML	1	MO; QL (2.25 per 21 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	1	MO; QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	1	MO; QL (0.5 per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	1	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	MO
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML	1	QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML	1	QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	1	QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	1	QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	1	QL (1.5 per 21 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	1	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	1	QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML	1	QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML	1	QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	1	QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML	1	QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	1	PA NSO; MO; QL (30 per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 25 mg</i>	1	MO; QL (270 per 30 days)
<i>molindone hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	1	PA NSO; MO; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; MO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	1	ST; MO
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	1	MO; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>prochlorperazine edisylate solution 10 mg/2ml injection</i>	1	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	1	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	1	MO
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	MO
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	1	MO; QL (2 per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.28ML	1	QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 125 MG/0.35ML	1	QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 150 MG/0.42ML	1	QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 200 MG/0.56ML	1	QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 250 MG/0.7ML	1	QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.14ML	1	QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.21ML	1	QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	ST; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	1	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	1	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG, 300 MG	1	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	1	QL (1 per 28 days)
<b>AGENTES CALÓRICOS</b>		
<b>Agentes Calóricos</b>		
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION 6 %	1	PA BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	1	PA BvD
<i>clinisol sf intravenous solution 15 %</i>	1	PA BvD
<i>dextrose intravenous solution 5 %</i>	1	
<i>plenaamine intravenous solution 15 %</i>	1	PA BvD
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	1	PA BvD
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES</b>		
<b>Agentes Alfa-Adrenérgicos</b>		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	MO
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	1	MO
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
<b>Agentes Antiarrítmicos</b>		
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	1	MO
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	MO
<b>MULTAQ ORAL TABLET 400 MG</b>	1	MO
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	1	MO
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<b>Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos</b>		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	MO
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	MO
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
<b>Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio</b>		
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg, 420 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	1	MO
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg	1	MO
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	1	MO
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg	1	MO
taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	1	MO
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	1	MO
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg	1	MO
VERAPAMIL HCL ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 360 MG	1	MO
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	1	MO
verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	1	MO
<b>Agentes Cardiovasculares, Varios</b>		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	1	MO; QL (600 per 30 days)
digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg, 62.5 mcg	1	MO
epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml	1	QL (4 per 30 days)
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml	1	QL (4 per 30 days)
hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	MO
icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml	1	PA; QL (18 per 30 days)
icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml	1	PA; QL (18 per 30 days)
ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	1	MO; QL (60 per 30 days)
metyrosine oral capsule 250 mg	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<b>Antagonistas De Receptores De Angiotensina II</b>		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	1	MO
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	1	MO; QL (240 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	1	MO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1	MO
<i>olmesartan-amlodipine-hctz 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>	1	MO
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	1	MO
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	1	MO
<b>Dihidropiridinas</b>		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 5-160-12.5 mg</i>	1	
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg</i>	1	MO
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	MO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	MO
<b>Dislipidémicos</b>		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg</i>	1	MO
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	1	MO
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	1	MO
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	1	MO
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	1	MO
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	1	MO
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate capsule 134 mg oral</i>	1	MO
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	MO
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 145 mg, 160 mg, 40 mg, 48 mg, 54 mg</i>	1	MO
<i>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour 80 mg</i>	1	MO
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	1	MO
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<b>NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG</b>	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<b>NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG</b>	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<b>NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) ORAL TABLET 500 MG</b>	1	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<b>NIACOR ORAL TABLET 500 MG</b>	1	
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	1	ST; MO; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>pravastatin sodium oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral packet 4 gm</i>	1	MO
<b>REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML</b>	1	ST; MO; QL (7 per 28 days)
<b>REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML</b>	1	ST; MO; QL (6 per 28 days)
<b>REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML</b>	1	ST; MO; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<b>Diuréticos</b>		
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	MO
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1	MO
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	MO
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	MO
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	1	MO
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	MO
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	MO
<b>Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina</b>		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	MO
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	MO
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	MO
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	1	MO
<b>Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona</b>		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<b>Vasodilatadores</b>		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	MO
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	1	MO
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	MO
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	1	MO
<b>AGENTES DE ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	1	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	1	
<i>budesonide rectal foam 2 mg</i>	1	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	1	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	1	MO
<i>mesalamine er oral capsule extended release 500 mg</i>	1	MO
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	1	MO
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	1	MO
<b>AGENTES DE ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b>		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	1	MO; QL (300 per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	1	MO
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	MO
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	1	MO; QL (1 per 28 days)
<i>NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG</i>	1	PA; MO; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	1	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	1	MO; QL (60 per 30 days)
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	1	PA; MO; QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	1	PA; MO; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	1	PA

## AGENTES DE TRASTORNO DE SUEÑO

### Agentes De Trastorno De Sueño

<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	1	PA; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)

## AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

### Agentes Del Sistema Nervioso Central

<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA; MO; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	1	PA; MO; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG, 6 & 12 & 24 MG	1	PA
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT 30 MCG/0.5ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT 30 MCG/0.5ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA; MO; QL (15 per 30 days)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	1	PA; MO; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack 120 &amp; 240 mg</i>	1	PA
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	MO
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	1	PA
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	1	PA; MO; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	1	MO
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
LITHIUM CARBONATE ORAL CAPSULE 600 MG	1	MO
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	1	MO
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	1	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	1	PA; MO; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG, 7 X 0.25 MG	1	PA
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	MO; QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/10ML	1	PA; QL (20 per 180 days)
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION 920-23000 MG-UT/23ML	1	PA; MO; QL (23 per 180 days)
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 63 & 94 MCG/0.5ML	1	PA
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 63 & 94 MCG/0.5ML	1	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MCG/0.5ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MCG/0.5ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	1	MO
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG	1	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1	PA; MO; QL (112 per 28 days)
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION 50 MG/10ML	1	PA; MO
VUMERTY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 231 MG	1	PA; MO; QL (120 per 30 days)
<b>AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO</b>		
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros</b>		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	1	PA BvD

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG	1	MO; QL (560 per 28 days)
BRONCHITOL TOLERANCE TEST CAPSULE 40 MG INHALATION	1	MO; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML	1	PA; MO
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	1	PA BvD; MO
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML	1	PA; MO; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	1	PA; MO; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	1	PA; MO; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML	1	PA; MO; QL (0.4 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	1	PA; MO; QL (3 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	1	PA; MO; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	1	PA; MO; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	1	PA; MO; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	1	MO; QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG	1	PA; QL (1 per 21 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	1	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	1	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	1	PA
<b>Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados</b>		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	1	MO; QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	1	QL (32.1 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	1	MO; QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>breyna inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	1	MO; QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	1	PA BvD; MO; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	1	MO; QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act</i>	1	MO; QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act</i>	1	MO; QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 44 mcg/act</i>	1	MO; QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol 115-21 mcg/act, 230-21 mcg/act, 45-21 mcg/act</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhuh inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<b>Antileucotrilinos</b>		
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	1	MO
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
<b>Broncodilatadores</b>		
<i>AIRSUPRA AEROSOL 90-80 MCG/ACT INHALATION</i>	1	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	1	MO; QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	1	MO; QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	1	MO; QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	1	PA BvD; MO
<i>ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT</i>	1	MO; QL (25.8 per 28 days)
<i>BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT</i>	1	MO; QL (10.7 per 30 days)
<i>COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT</i>	1	MO; QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA BvD; MO
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	1	PA BvD; MO; QL (540 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	1	PA BvD; MO
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<b>SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT</b>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<b>SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT</b>	1	MO; QL (4 per 30 days)
<b>STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT</b>	1	MO; QL (4 per 30 days)
<b>STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5 MCG/ACT</b>	1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	1	MO
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	1	MO
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	1	MO
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule 18 mcg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<b>TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT</b>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<b>AGENTES DENTALES Y ORALES</b>		
<b>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	1	MO
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	1	MO
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i>	1	MO
<i>periogard mouth/throat solution 0.12 %</i>	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
SODIUM FLUORIDE 5000 SENSITIVE DENTAL GEL 1.1-5 %	1	
<i>sodium fluoride mouth/throat solution 0.2 %</i>	1	MO
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	1	
<b>AGENTES DERMATOLÓGICOS</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios</b>		
<b>Dermatológicos</b>		
<i>ala-cort external cream 1 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	1	
BETAMETHASONE VALERATE EXTERNAL LOTION 0.1 %	1	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate emulsion external foam 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	1	
<i>EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide body oil 0.01 % external</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinonide external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	1	
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	1	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone cream 2.5 % external</i>	1	
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM 1-1 %</i>	1	
<i>procto-med hc external cream 2.5 %</i>	1	
<i>procto-pak external cream 1 %</i>	1	
<i>proctosol hc external cream 2.5 %</i>	1	
<i>proctozone-hc external cream 2.5 %</i>	1	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>triamicinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<b>Agentes Dermatológicos, Otros</b>		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	1	
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcitriol external ointment 3 mcg/gm</i>	1	
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	1	
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	1	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>KLISYRI (250 MG) EXTERNAL OINTMENT 1 %</i>	1	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %</i>	1	QL (60 per 28 days)
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	1	
<i>SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %</i>	1	PA NSO
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<b>Antibacterianos Dermatológicos</b>		
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %</i>	1	
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	1	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	1	
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	1	
<i>metronidazole external gel 0.75 %, 1 %</i>	1	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	1	QL (220 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>neuac external gel 1.2-5 %</i>	1	
<i>rosadan external cream 0.75 %</i>	1	
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	1	
<i>ssd external cream 1 %</i>	1	
<b>Escabicidas Y Pediculicidas</b>		
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	1	
<i>permethrin external cream 5 %</i>	1	QL (60 per 30 days)
<b>Retinoides Dermatológicos</b>		
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	1	
<i>adapalene external gel 0.3 %</i>	1	
<i>ALTRENO EXTERNAL LOTION 0.05 %</i>	1	PA
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	1	
<i>tretinooin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	1	PA
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES</b>		
<b>Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos</b>		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack 500 &amp; 500 &amp; 30 mg</i>	1	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>	1	MO
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 10 mg, 20 mg</i>	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 40 mg</i>	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>lansoprazole oral tablet delayed release dispersible 15 mg, 30 mg</i>	1	ST; MO
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>pantoprazole sodium oral packet 40 mg</i>	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 40 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	1	MO
<b>Agentes Gastrointestinales, Otros</b>		
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	1	PA; MO
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	1	MO
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	1	
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>kionex combination suspension 15 gm/60ml</i>	1	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	1	MO
<i>LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM</i>	1	MO
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	
<i>sps (sodium polystyrene sulf) combination suspension 15 gm/60ml</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
URSODIOL ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	1	MO
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	MO
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
VELTASSA ORAL PACKET 1 GM, 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	1	MO
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	1	PA; MO; QL (84 per 28 days)
<b>Enlaces De Fosfato</b>		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	1	
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	1	
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm, 2.4 gm</i>	1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<b>Laxantes</b>		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10-3.5-12 MG-GM -GM/160ML, 10-3.5-12 MG-GM -GM/175ML	1	
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	1	
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted 236 gm</i>	1	
<i>gavilyte-n with flavor pack oral solution reconstituted 420 gm</i>	1	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	1	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	1	
SUTAB ORAL TABLET 1479-225-188 MG	1	
<b>AGENTES GENITOURINARIOS</b>		
<b>Agentes Genitourinarios, Varios</b>		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	1	MO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	1	MO
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	MO
<b>Antiespasmódicos, Urinario</b>		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	1	MO
<i>flavoxate hcl oral tablet 100 mg</i>	1	MO
<b>MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG</b>	1	MO
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 60 mg</i>	1	MO
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	1	MO
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTE/REEMPLAZO/MODIFICADOR</b>		
<b>Agentes Tiroideos Y Antitiroideos</b>		
<i>levothyroxine sodium 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>	1	MO
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	1	MO
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<b>Andrógenos</b>		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA; MO
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	1	PA; MO; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone gel 1.62 % transdermal</i>	1	PA; MO; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	1	PA; MO; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	1	PA; MO; QL (150 per 30 days)
<b>XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5ML, 50 MG/0.5ML, 75 MG/0.5ML</b>	1	PA; MO; QL (2 per 28 days)
<b>Estrógenos Y Antiestrógenos</b>		
<i>DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG</i>	1	MO
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	MO
<i>estradiol transdermal gel 0.75 mg/1.25 gm (0.06%)</i>	1	MO
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	1	MO; QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	1	MO; QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	1	MO
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	1	MO; QL (18 per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	1	MO
<b>ESTROGEL TRANSDERMAL GEL 0.75 MG/1.25 GM (0.06%)</b>	1	MO
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	1	MO
<b>PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG</b>	1	MO
<b>PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM</b>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625-5 MG	1	MO
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	1	MO
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	1	MO
<i>yuvaferm vaginal tablet 10 mcg</i>	1	MO; QL (18 per 28 days)
<b>Glucocorticoides/Mineralocorticoides</b>		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 120 mg/30ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	1	MO
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 125 mg, 40 mg</i>	1	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate solution 15 mg/5ml oral</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	1	
<b>Pituitario</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 40 UNIT/0.5ML	1	PA; MO; QL (15 per 30 days)
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 80 UNIT/ML	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; MO; QL (35 per 28 days)
CORTROPHIN INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; MO; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	1	MO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1	MO
<i>desmopressin acetate spray solution 0.01 % nasal</i>	1	MO
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	1	PA; MO
LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML	1	PA NSO; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 30 MG	1	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	1	PA
LUTRATE DEPOT INTRAMUSCULAR INJECTABLE 22.5 MG	1	PA NSO
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 30 MG/3ML, 5 MG/1.5ML	1	PA; MO
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	MO
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG, 5 MG, 6 MG	1	PA; MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/0.2ML	1	PA NSO; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 90 MG/0.3ML	1	PA NSO; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; MO
<b>Progestinas</b>		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	1	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	1	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	1	MO
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	1	MO
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	1	MO
<b>AGENTES INMUNOLÓGICOS</b>		
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	1	PA; MO
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML	1	PA
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	1	PA; MO
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	1	PA; MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG	1	PA BvD; MO
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	1	PA BvD; MO
<i>azathioprine sodium injection solution reconstituted 100 mg</i>	1	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	1	PA; MO; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	1	PA; MO; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	1	PA NSO; MO; QL (2 per 28 days)
CIMZIA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 200 MG/ML	1	PA; MO
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT 2 X 200 MG	1	PA
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; MO
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; MO
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	1	PA; MO
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	1	PA; MO
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; MO
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD; MO
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD; MO
CYLTEZO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA; MO
CYLTEZO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA; MO
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA; MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA; MO
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	1	PA; MO
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	1	PA; MO
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	1	PA; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	1	PA; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	1	PA; MO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	1	PA; MO
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	1	PA; MO
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1	PA BvD; MO
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML	1	PA BvD
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD; MO
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD; MO
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	1	PA; MO
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	1	PA; MO; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	1	PA
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	1	PA; MO
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO
<i>mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	1	PA BvD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	1	PA BvD; MO
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	1	PA BvD; MO
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	1	PA BvD; MO
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 22 MG/0.44ML, 9 MG/0.18ML	1	PA NSO
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	1	PA BvD
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	1	PA; MO
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	1	PA; MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4ML, 87.5 MG/0.7ML	1	PA; MO
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	1	PA; MO
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 MG	1	PA
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	PA BvD
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	1	PA BvD; MO
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 15 MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25 MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML, 7.5 MG/0.15ML	1	ST; MO
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; MO
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; MO; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA; MO
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA BvD; MO
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	1	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	1	PA; MO
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	1	PA BvD; MO
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	PA BvD; MO
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML	1	PA; MO
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	1	PA
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; MO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	1	PA; MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; MO
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	1	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	1	PA; MO
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	1	PA; MO
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	1	PA BvD; MO
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA; MO; QL (180 per 30 days)
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	1	PA; MO
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; MO
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	1	PA; MO
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2ML	1	PA; MO
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML	1	PA
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	1	PA; MO
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	1	PA; MO
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; MO
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	PA; MO
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	1	PA; MO
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	1	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	1	PA; MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	1	PA; MO
YUFLYMA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 80 MG/0.8ML	1	PA; MO
YUFLYMA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML	1	PA; MO
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	1	PA; MO
<b>Vacunas</b>		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	1	\$0 copay
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	1	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	\$0 copay
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	1	\$0 copay
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	1	\$0 copay
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	1	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	QL (3 per 365 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-5 LFU/0.5ML	1	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	1	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	1	PA BvD; \$0 copay
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	1	\$0 copay
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	\$0 copay
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML	1	\$0 copay
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720 EL U/0.5ML	1	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720 EL U/0.5ML	1	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	1	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	1	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	1	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	1	
IPOVIRUS INJECTION INJECTABLE	1	\$0 copay
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	\$0 copay
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	1	\$0 copay
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	1	\$0 copay

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION 0.5 ML	1	\$0 copay
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	1	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
PREHEVBRIQ INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	1	PA BvD; \$0 copay
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	1	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	1	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	1	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	1	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION	1	
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ROTATEQ ORAL SOLUTION	1	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	1	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	1	\$0 copay
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	1	\$0 copay
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 2.4 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	1	\$0 copay
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	1	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	1	\$0 copay
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML	1	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	1	\$0 copay
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML	1	\$0 copay
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	1	\$0 copay
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML	1	\$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	1	\$0 copay
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	1	\$0 copay
<b>AGENTES OFTÁLMICOS</b>		
<b>Agentes Antiglaucoma</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	1	MO
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	MO
<i>acetazolamide sodium injection solution reconstituted 500 mg</i>	1	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	1	MO
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution 0.2-0.5 %</i>	1	MO
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	1	MO
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	1	MO
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	1	MO
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
<b>LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %</b>	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	MO
<b>RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %</b>	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
<b>ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %</b>	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
<b>SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %</b>	1	MO
<i>tafluprost (pf) ophthalmic solution 0.0015 %</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>timolol hemihydrate ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	MO
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	MO
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	1	MO; QL (2.5 per 25 days)
<b>VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %</b>	1	MO; QL (5 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<b>AGENTES PARA LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA</b>		
<b>Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	1	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	1	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	1	
<b>BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %</b>	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	1	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	1	QL (3.5 per 4 days)
<b>GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %</b>	1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	1	
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	
<b>NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %</b>	1	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-0.025</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophthalmic ointment 1 %</i>	1	
<i>neo-polycin ophthalmic ointment 3.5-400-10000</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	1	
<i>polycin ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	1	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	1	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	1	
<i>XDEM VY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %</i>	1	PA; QL (10 per 42 days)
<i>ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %</i>	1	
<i>ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %</i>	1	

### **Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta**

<i>alrex ophthalmic suspension 0.2 %</i>	1	ST
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	1	
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %, 0.075 %</i>	1	
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	1	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	1	
<i>EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %</i>	1	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	1	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	1	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	1	
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %	1	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	1	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	1	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %	1	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel 0.5 %</i>	1	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %</i>	1	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	1	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension 50 mcg/act</i>	1	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	1	
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	1	MO; QL (60 per 30 days)
<b>Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios</b>		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	1	MO
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15 %</i>	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	1	
<i>azelastine hcl solution 137 mcg/spray nasal</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	1	
<i>epinastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	1	
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>	1	MO; QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>	1	MO; QL (15 per 10 days)
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION 1.338 GM/ML	1	QL (12 per 28 days)
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i>	1	
<b>AGENTES TERAPEUTICOS MISCELÁNEOS</b>		
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	1	PA; MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER 3 MG/DOSE	1	
<i>betaine oral powder</i>	1	PA; MO
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 125 MG/5ML	1	PA; MO
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	1	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	1	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	1	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; MO; QL (56 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	1	PA; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6ML	1	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.6 MG/0.6ML	1	
<b>AGENTES VASODILATADORES</b>		
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	1	PA; MO; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO
UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1800 MCG	1	PA; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	1	PA; MO; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	1	PA
<b>ANALGÉSICOS</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios No Esteroides</b>		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine external patch 1.3 %</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	1	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium external solution 2 %</i>	1	PA; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg</i>	1	MO
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg, 75-0.2 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>ec-naproxen tablet delayed release 375 mg oral</i>	1	MO
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	MO
<b>FLURBIPROFEN ORAL TABLET 50 MG</b>	1	MO
<i>ibu oral tablet 400 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i>	1	MO; QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>ketorolac tromethamine oral tablet 10 mg</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	1	MO
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	MO
<b>VENNGEL ONE EXTERNAL KIT 1 %</b>	1	QL (1000 per 30 days)
<b>Analgésicos, Varios</b>		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	1	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg, 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15ml, 7.5-325 mg/15ml</i>	1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<b>MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 10 MG/5ML</b>	1	QL (700 per 30 days)
<b>MORPHINE SULFATE ORAL SOLUTION 20 MG/5ML</b>	1	QL (300 per 30 days)
<b>MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG</b>	1	QL (180 per 30 days)
<b>MORPHINE SULFATE ORAL TABLET 30 MG</b>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
TRAMADOL HCL ORAL SOLUTION 5 MG/ML	1	PA; QL (2400 per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<b>ANESTÉSICOS</b>		
<b>Anestesia Local</b>		
<i>glydo external prefilled syringe 2 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	1	PA; QL (240 per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 1 %</i>	1	
<i>lidocaine hcl injection solution 1 %</i>	1	
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe 2 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	1	
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocan external patch 5 %</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO EXTERNAL PATCH 1.8 %	1	PA; QL (90 per 30 days)
<b>ANTAGONISTAS DE METALES</b>		
<b>PESADOS</b>		
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b>		
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	1	PA; MO
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	1	PA; MO
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	1	PA
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	1	PA; QL (240 per 30 days)
<b>ANTI INFECCIOSOS (MEMBRANA CUTÁNEA Y MUCOSA)</b>		
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	
<b>ANTIBACTERIANOS</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<b>Aminoglicósidos</b>		
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>	1	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	1	PA; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	1	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	1	MO; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	1	PA BvD; MO
<i>tobramycin pak inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	1	PA BvD
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	1	
<b>Antibacteriales, Misceláneos</b>		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	1	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	1	
DAPTO MYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG	1	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm</i>	1	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	1	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	1	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	1	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>metronidazole oral capsule 375 mg</i>	1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml</i>	1	QL (2400 per 30 days)
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/200ML, 1250 MG/250ML, 500 MG/100ML, 750 MG/150ML	1	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	1	
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.25 GM	1	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	1	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	1	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<b>Antibióticos B-Lactam Misceláneos</b>		
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	1	PA
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	1	
<b>Cefalosporinas</b>		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	1	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	1	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	1	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>tazicef injection solution reconstituted 1 gm</i>	1	
<i>tazicef intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1	
<b>TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 6 GM</b>	1	
<b>TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG</b>	1	
<b>Macrólidos</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<b>DIFICID ORAL TABLET 200 MG</b>	1	QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted 200 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	
<b>Penicilinas</b>		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 900000-300000 UNIT/2ML	1	
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 1200000 UNIT, 2400000 UNIT	1	
LETOCILIN INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 1200000 UNIT	1	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 2000000 unit</i>	1	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	1	
<b>Quinolonas</b>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 400 MG/250ML	1	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	1	
MOXIFLOXACIN HCL SOLUTION 400 MG/250ML INTRAVENOUS	1	
<b>Sulfonamidas</b>		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	
<b>Tetraciclinas</b>		
<i>demeclcycline hcl oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 150 mg, 20 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	1	
<b>ANTICONCEPTIVOS</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<b>Anticonceptivos</b>		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>altavera oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>amethyst oral tablet 90-20 mcg</i>	1	MO
<i>apri oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aurovela 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aurovela 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>aurovela fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aurovela fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>ayuna oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>azurette oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	MO
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>blisovi fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>blisovi fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>chateal eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>cryselle-28 oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>cyclafem 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>cyclafem 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>cyred eq oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>dasetta 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>delyla oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg</i>	1	MO
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	MO; QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	MO; QL (1 per 28 days)
<i>enpresse-28 oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	MO
<i>enskyce oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	1	MO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	MO; QL (1 per 28 days)
<i>falmina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>feirza 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>feirza 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>hailey 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>hailey fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>hailey fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	MO; QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>iclevia oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	MO; QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>introvale oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	MO; QL (91 per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>jolessa oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	MO; QL (91 per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>junel 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>junel 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>junel fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>junel fe 24 oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>kariva oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	MO
<i>kelnor 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>kelnor 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	1	MO
<i>kurvelo oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 19.5 MG	1	
<i>larin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>larin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>larin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)</i>	1	MO
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>larin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>levonest oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	MO
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	MO; QL (91 per 84 days)
<i>levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet 0.1-20 mg-mcg(21)</i>	1	MO
<i>levonorgestrel-ethynodiol dihydrogen phosphate oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg, 90-20 mcg</i>	1	MO
<i>levonorgestrel estradiol triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	1	MO
<i>levora 0.15/30 (28) oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	1	
<i>lillow oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>low-ogestrel oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>lutera oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>microgestin 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>microgestin 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>microgestin fe 1.5/30 oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>microgestin fe 1/20 oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	1	MO
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/DAY	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>mono-lynay oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<b>NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG</b>	1	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	1	MO; QL (3 per 28 days)
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	1	MO
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>norlyroc oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>nylia 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>nylia 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>pimtrea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	MO
<i>pirmella 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>pirmella 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>portia-28 oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>reclipsen oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	1	MO
<i>setlakin oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	1	MO; QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	1	MO
<i>simliya oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	1	MO
<b>SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 13.5 MG</b>	1	
<i>sprintec 28 oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	MO
tarina 24 fe oral tablet 1-20 mg-mcg(24)	1	MO
tarina fe 1/20 eq oral tablet 1-20 mg-mcg	1	MO
tilia fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	1	MO
tri-femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	1	MO
tri-estarrylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	1	MO
tri-legest fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	1	MO
tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	1	MO
tri-lo-estarrylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	1	MO
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	1	MO
tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	1	MO
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	1	MO
tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	1	MO
tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	1	MO
tri-previfem oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	1	MO
tri-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	1	MO
trivora (28) oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg	1	MO
tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	1	MO
tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	1	MO
turqoz oral tablet 0.3-30 mg-mcg	1	MO
valtya 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg	1	MO
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg	1	MO
viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	1	MO
volnea oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	1	MO
vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1	MO
xarah fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	1	MO
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr	1	MO; QL (3 per 28 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	1	MO; QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	1	MO
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
<b>Anticonvulsivos</b>		
<i>APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG</i>	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG</i>	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
<i>BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML</i>	1	QL (80 per 30 days)
<i>BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML</i>	1	MO; QL (600 per 30 days)
<i>BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	1	MO
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg</i>	1	MO
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	1	MO; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG</i>	1	PA NSO; MO; QL (360 per 30 days)
<i>DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG</i>	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
<i>DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG</i>	1	PA NSO; MO; QL (360 per 30 days)
<i>DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG</i>	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	1	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	1	MO
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	MO
<i>EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML</i>	1	PA NSO; MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	1	MO
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	1	ST; MO
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	1	MO
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	1	MO
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	1	MO
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	1	MO
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	1	PA NSO; MO
<i>fosphénytoin sodium injection solution 100 mg pe/2ml, 500 mg pe/10ml</i>	1	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	1	ST; MO; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 8 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
<i> gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	1	MO; QL (360 per 30 days)
<i> gabapentin oral capsule 400 mg</i>	1	MO; QL (270 per 30 days)
<i> gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	1	MO; QL (2160 per 30 days)
<i> gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1	MO; QL (180 per 30 days)
<i> gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i> lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i>	1	QL (200 per 5 days)
<i> lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	1	MO; QL (1200 per 30 days)
<i> lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i> lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i> lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	1	MO
<i> lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i> levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i> levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	1	
<i> levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	MO
<i>levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 250 mg</i>	1	ST; MO
<b>LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG</b>	1	QL (10 per 30 days)
<i>methylsuximide oral capsule 300 mg</i>	1	MO
<b>NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML</b>	1	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	1	MO
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	MO
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	1	MO
<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>	1	MO
<i>phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	MO
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	1	MO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	1	MO; QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	1	ST; MO
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	1	ST; MO
<b>SEZABY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG</b>	1	PA BvD
<b>SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG</b>	1	ST; MO
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	MO
<b>SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG</b>	1	PA NSO; MO; QL (60 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	MO
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	1	MO
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	1	MO
<b>VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML</b>	1	QL (10 per 30 days)
<b>VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML</b>	1	QL (10 per 30 days)
<b>VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML</b>	1	QL (10 per 30 days)
<b>VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML</b>	1	QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral packet 500 mg</i>	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i>	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral packet 500 mg</i>	1	PA NSO; MO; QL (180 per 30 days)
<b>XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 &amp; 150 MG</b>	1	MO; QL (56 per 28 days)
<b>XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 &amp; 200 MG</b>	1	MO; QL (56 per 28 days)
<b>XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG</b>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<b>XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG</b>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<b>XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG &amp; 14 X 25 MG, 14 X 150 MG &amp; 14 X200 MG, 14 X 50 MG &amp; 14 X100 MG</b>	1	
<b>ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML</b>	1	MO
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<b>ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML</b>	1	PA NSO; MO; QL (1080 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>		
<b>Antidepresivos</b>		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	1	ST; MO
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	MO
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	MO
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	1	ST; MO; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	1	MO
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	MO
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	1	ST
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	1	MO
<i>fluoxetine hcl oral tablet 60 mg</i>	1	MO
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>	1	MO
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	MO
NEFAZODONE HCL ORAL TABLET 100 MG	1	MO
<i>nefazodone hcl oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>nefazodone hcl tablet 100 mg oral</i>	1	MO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	1	MO
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	MO
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	1	MO
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; MO; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	1	MO
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
SPRAVATO (56 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK 28 MG/DEVICE	1	PA NSO; MO
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK 28 MG/DEVICE	1	PA NSO; MO
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	1	MO
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	MO
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	1	PA NSO; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	1	PA NSO; QL (14 per 14 days)
<b>ANTIFÚNGICOS</b>		
<b>Antifúngicos</b>		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	1	PA BvD
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	1	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	1	QL (180 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	1	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	1	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	1	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg</i>	1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	1	
<b>MICONAZOLE 3 VAGINAL SUPPOSITORY 200 MG</b>	1	
<i>nyamyc external powder 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	1	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>	1	
<i>nystop external powder 100000 unit/gm</i>	1	QL (60 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	1	PA; MO
<i>ra clotrimazole external cream 1 %</i>	1	
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	1	PA BvD
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	1	PA
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	1	
<b>ANTIHISTAMÍNICOS</b>		
<b>Antihistamínicos</b>		
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<b>ANTIMICOBACTERIALES</b>		
<b>Antimicobacteriales</b>		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	MO
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG</i>	1	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	1	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG</i>	1	PA
<i>TRECATOR ORAL TABLET 250 MG</i>	1	
<b>ANTIVIRALES (SITÉMICO)</b>		
<b>Antirretrovirales</b>		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	1	MO
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 600 MG/3ML	1	QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	1	MO
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	MO
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 400 & 600 MG/2ML, 600 & 900 MG/3ML	1	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	1	MO
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	1	MO
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	MO
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	1	MO
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	1	MO
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	1	MO
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	1	MO
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE 2.5 MG	1	MO
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	1	MO
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	1	MO
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	1	MO
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	1	MO
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	1	MO
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	MO
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	1	MO
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	MO
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	1	MO
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	1	MO
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	1	MO
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	MO
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	1	MO
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	1	MO
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 25 MG	1	MO
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	1	MO
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	1	MO
<i>lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	1	MO
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	MO
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	1	MO; QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	1	MO; QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	1	MO; QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	MO
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1	MO; QL (90 per 30 days)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	1	MO; QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	1	MO
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	MO
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	1	MO
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	1	MO
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	1	MO
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	1	MO
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	1	MO
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	1	MO
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	1	MO
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	MO
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG, 75 MG	1	MO
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	1	MO
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG	1	
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	1	
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 463.5 MG/1.5ML	1	PA BvD; MO
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	1	MO
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	1	MO
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	1	MO
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG, 25 MG, 50 MG	1	MO
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	1	MO
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	1	MO
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	1	MO
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	1	MO
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	1	ST; MO; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	1	MO
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	1	MO
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	MO
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	1	MO
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	1	MO
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	1	MO
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	MO
<b>Antivirales Hcv</b>		

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
<b>Antivirales, Varios</b>		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	1	PA; MO
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	1	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg</i>	1	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 75 mg</i>	1	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	1	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	1	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	1	QL (30 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLET THERAPY PACK 6 X 150 MG & 5 X 100MG	1	QL (11 per 28 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	1	PA; MO; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	1	QL (60 per 180 days)
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG, 2 X 20 MG	1	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	1	QL (2 per 180 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 40 MG	1	QL (4 per 180 days)
<b>Interferones</b>		
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	1	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	1	PA
<b>Nucleósidos Y Nucleótidos</b>		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	1	MO
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	1	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	1	MO
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	1	MO
<b>COFACTORES</b>		
<b>ENZIMÁTICOS/OTROS</b>		
<b>Cofactores Enzimáticos/Otros</b>		
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
<b>DISPOSITIVOS</b>		
<b>Dispositivos</b>		
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8 MM	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ALCOHOL PREP PAD	1	PA; ST
ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %	1	PA; ST
ALCOHOL SWABS PAD	1	PA; ST
ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
AQ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	PA; ST
AUM ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %	1	PA; ST
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM	1	PA; ST
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 32G X 8 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 4 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 5 MM	1	PA; ST
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 33G X 6 MM	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 33G X 4 MM	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 33G X 5 MM	1	PA; ST
AUM PEN NEEDLE 33G X 6 MM	1	PA; ST
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
AUM SAFETY PEN NEEDLE 31G X 4 MM	1	PA; ST
BD AUTOSHIELD 29G X 5MM	1	PA; ST
BD AUTOSHIELD 29G X 8MM	1	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
BD ECLIPSE SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 25G X 1" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 26G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE U-100 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE 32G X 6 MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE 31G X 5 MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 32G X 4 MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE 32G X 4 MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE 29G X 12.7MM	1	PA; ST
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE 31G X 8 MM	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
BD SAFETY-LOK INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
BD SWAB SINGLE USE REGULAR PAD	1	PA; ST
BD SWABS SINGLE USE BUTTERFLY PAD	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
CAREONE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM	1	PA; ST
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 33G X 4 MM	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 32G X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 33G X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 31G X 8 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 4 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 5 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 6 MM	1	PA; ST
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 32G X 8 MM	1	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS PAD 70 %	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
CURITY ALL PURPOSE SPONGES PAD 2"X2"	1	PA; ST
CURITY GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGE PAD 2"X2"	1	PA; ST
CURITY SPONGES PAD 2"X2"	1	PA; ST
CVS GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
CVS GAUZE STERILE PAD 2"X2"	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE SPONGE PAD 2"X2"	1	PA; ST
DERMACEA IV DRAIN SPONGES PAD 2"X2"	1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN SPONGES PAD 2"X2"	1	PA; ST
DERMACEA TYPE VII GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
DIATHRIVE PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPLET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 29G X 10MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLES 32G X 8 MM	1	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
DRUG MART UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM	1	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL PADS PAD	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29G X 4MM	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 29G X 5MM	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33G X 5 MM	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NEEDLES 33G X 6 MM	1	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
EASY TOUCH ALCOHOL PREP MEDIUM PAD 70 %	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOCK SAFETY SYR 27G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 6 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 5MM	1	PA; ST
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 8MM	1	PA; ST
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM	1	PA; ST
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 29G X 12.7MM	1	PA; ST
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 32G X 6 MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
EQL ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
EQL GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
EQL INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	1	PA; ST
FIFTY50 PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
FREESTYLE PRECISION INS SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
FREESTYLE PRECISION INS SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
FREESTYLE PRECISION INS SYR 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
FREESTYLE PRECISION INS SYR 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GAUZE PADS PAD 2"X2"	1	PA; ST
GAUZE TYPE VII MEDI-PAK PAD 2"X2"	1	PA; ST
GLOBAL ALCOHOL PREP EASE PAD 70 %	1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GNP ALCOHOL SWABS PAD	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
GNP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16" 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GNP STERILE GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
GOODSENSE ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29G X 12MM	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31G X 5 MM	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31G X 6 MM	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 31G X 8 MM	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 32G X 4 MM	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL ALCOHOL PAD	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
HM STERILE ALCOHOL PREP PAD	1	PA; ST
HM STERILE PADS PAD 2"X2"	1	PA; ST
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
INPEN 100-BLUE-LILLY-HUMALOG DEVICE	1	
INPEN 100-BLUE-NOVOLOG-FIASP DEVICE	1	
INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 27G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 27G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 27G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 28G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 0.3 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 0.5 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 1/4" 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 31G X 5/16" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
INSUPEN SENSITIVE 32G X 6 MM	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
INSUPEN SENSITIVE 32G X 8 MM	1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 29G X 12MM	1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 30G X 8 MM	1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 31G X 6 MM	1	PA; ST
INSUPEN ULTRAFIN 31G X 8 MM	1	PA; ST
J & J GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
KENDALL HYDROPHILIC FOAM DRESS PAD 2"X2"	1	PA; ST
KENDALL HYDROPHILIC FOAM PLUS PAD 2"X2"	1	PA; ST
KINRAY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G U- 100 1 ML	1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U- 100 0.3 ML	1	PA; ST
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G U- 100 1 ML	1	PA; ST
KROGER PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
KROGER PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM	1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM	1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 5 MM	1	PA; ST
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
LITETOUCH PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29G X 5MM	1	PA; ST
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29G X 8MM	1	PA; ST
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 27G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 27G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
MEDIC INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
MEDIC INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
MEDPURA ALCOHOL PADS 70 % EXTERNAL	1	PA; ST
MEIJER ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
MEIJER PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
MEIJER PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
MEIJER PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 33G X 4 MM	1	PA; ST
MIRASORB SPONGES 2"X2"	1	PA; ST
MM PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 25G X 5/8" 1 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML (OTC)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML (RX)	1	PA; ST
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
NOVOFINE AUTOCOVER 30G X 8 MM	1	PA; ST
NOVOFINE PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
NOVOTWIST PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	PA; ST
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3) KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	1	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 5 MM	1	PA; ST
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 6 MM	1	PA; ST
PC UNIFINE PENTIPS 31G X 8 MM	1	PA; ST
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 32G X 4 MM	1	PA; ST
PEN NEEDLES 30G X 5 MM (OTC)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
PEN NEEDLES 32G X 4 MM (OTC)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
PENTIPS 29G X 12MM (RX)	1	PA; ST
PENTIPS 31G X 5 MM (RX)	1	PA; ST
PENTIPS 31G X 8 MM (RX)	1	PA; ST
PENTIPS 32G X 4 MM (RX)	1	PA; ST
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLES 31G X 5MM 31G X 5 MM	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLES 32G X 4MM 32G X 4 MM	1	PA; ST
PRECISION SUREDOSE PLUS SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
PRECISION SUREDOSE PLUS SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 3/8" 0.5 ML	1	PA; ST
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM	1	PA; ST
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL PAD 70 %	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
PRODIGY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
PRODIGY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
PRODIGY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G X 8 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
PX SHORTLENGTH PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
QC ALCOHOL EXTERNAL 70 %	1	PA; ST
QC ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
QC BORDER ISLAND GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 4 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 5 MM	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 32G X 8 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 4 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 5 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 6 MM	1	PA; ST
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 33G X 8 MM	1	PA; ST
RA ALCOHOL SWABS PAD 70 %	1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
RA INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
<i>ra isopropyl alcohol wipes external 70 %</i>	1	PA; ST
RA PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
RA PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
RA STERILE PAD 2"X2"	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G X 12MM	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 4 MM	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
REALITY SWABS PAD	1	PA; ST
RELION ALCOHOL SWABS PAD	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	1	PA; ST
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.5 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML	1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
RELION INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 1 ML	1	PA; ST
RELION MINI PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
RELION PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
RELION PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
RESTORE CONTACT LAYER PAD 2"X2"	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SAFETY INSULIN SYRINGES 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
SB ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SB INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
SM ALCOHOL PREP PAD	1	PA; ST
SM ALCOHOL PREP PAD 6-70 % EXTERNAL	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
SM ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
SM GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
STERILE GAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
STERILE PAD 2"X2"	1	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM (OTC)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM (RX)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
SURE-PREP ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
SURGICAL GAUZE SPONGE PAD 2"X2"	1	PA; ST
TECHLITE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
TERUMO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
THERAGAUZE PAD 2"X2"	1	PA; ST
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PAD 70 %	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 32G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP PAD 70 %	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 32G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 32G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 5 MM	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 33G X 6 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML (OTC)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML (RX)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML (OTC)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML (RX)	1	PA; ST
ULTICARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 30G X 5 MM	1	PA; ST
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM (OTC)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM (RX)	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM	1	PA; ST
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM (OTC)	1	PA; ST
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM (RX)	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 29G X 12.7MM	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTILET ALCOHOL SWABS PAD	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 1/4" 1 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML (OTC)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML (RX)	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29G X 12.7MM	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 29G X 12MM	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ULTRA THIN PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 5 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 32G X 6 MM	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLES 33G X 4 MM	1	PA; ST
ULTRA-COMFORT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT 31G X 8 MM	1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES 29G X 12.7MM	1	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 31G X 5 MM	1	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
UNIFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 29G X 12MM	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31G X 6 MM	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31G X 8 MM	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 29G X 12MM	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 6 MM	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 32G X 4 MM	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 8 MM	1	PA; ST
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30G X 5 MM	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30G X 8 MM	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 6 MM	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 0.5 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 1 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12MM	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 6 MM	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	1	PA; ST
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	1	PA; ST

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 1 ML	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G X 5 MM	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G X 8 MM	1	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32G X 4 MM	1	PA; ST
V-GO 20 KIT 20 UNIT/24HR	1	QL (30 per 30 days)
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR	1	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR	1	QL (30 per 30 days)
VP INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML	1	PA; ST
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE PAD 70 %	1	PA; ST
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 31G X 8 MM	1	PA; ST
ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD PAD 70 %	1	PA; ST
<b>PREPARACIONES DE REEMPLAZO</b>		
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>		
<i>dextrose-nacl intravenous solution 5-0.9 %</i>	1	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	1	
<i>klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq</i>	1	MO
<i>klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq</i>	1	MO
<i>klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq</i>	1	MO
LACTATED RINGERS INTRAVENOUS SOLUTION	1	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	1	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1	MO
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1	PA BvD
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	1	MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	1	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %</i>	1	
<b>PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EX PANSORES DE VOLUMEN</b>		
<b>Agentes Hematológicos, Varios</b>		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	1	MO
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	
<b>Anticoagulantes</b>		
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG</i>	1	
<i>ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG</i>	1	MO; QL (60 per 30 days)
<i>ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG</i>	1	MO; QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	1	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	1	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	1	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml</i>	1	QL (18 per 30 days)

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento 0</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	1	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	MO
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	1	MO; QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	1	MO; QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	1	MO; QL (60 per 30 days)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	1	
<b>Inhibidores De Agregación De Plaquetas</b>		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	1	MO
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	1	MO
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	MO
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	1	MO
<i>dipyridamole oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	1	MO
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	1	MO
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	MO; QL (30 per 30 days)
<b>Modificadores De Formación De Sangre</b>		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	1	PA; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	1	PA; QL (20 per 30 days)
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 6 MG/0.6ML	1	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML	1	PA

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	1	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	1	PA
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	1	PA; MO; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	1	PA; MO; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	1	PA; MO; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	1	PA; MO; QL (60 per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	1	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML	1	PA; QL (4 per 28 days)
<b>REEMPLAZO/MODIFICADORES DE ENZIMA</b>		
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	1	MO
<i>javvygtor oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	PA; MO
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	PA; MO
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	1	PA BvD; MO
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	1	PA; MO
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45ML, 28 MG/0.7ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8ML	1	PA; MO

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	1	MO
<b>RELAJANTES MUSCULARES ESQUELÉTICOS</b>		
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
<i>baclofen oral solution 10 mg/5ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	
<b>SOLUCIONES IRRIGANTES</b>		
<b>Soluciones Irrigantes</b>		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	1	
<b>VITAMINAS Y MINERALES</b>		
<b>Vitaminas Y Minerales</b>		
C-NATE DHA CAPSULE 28-1-200 MG ORAL	1	
COMPLETENATE TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	
FOLIVANE-OB CAPSULE 85-1 MG ORAL	1	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON TABLET 30-1 MG ORAL	1	
M-NATAL PLUS TABLET 27-1 MG ORAL	1	
NIVA-PLUS TABLET 27-1 MG ORAL	1	
OBSTETRIX DHA 29-1 & 350 MG ORAL	1	
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN TABLET 27-1 MG ORAL (RX)	1	
PNV TABS 29-1 TABLET 29-1 MG ORAL	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
PNV-DHA+DOCUSATE CAPSULE 27-1.25-300 MG ORAL	1	
PNV-OMEGA CAPSULE 28-0.6-0.4-340 MG ORAL	1	
PRENA 1 TRUE 30-1.4 & 300 MG ORAL	1	
PRENAISSANCE CAPSULE 29-1.25-325 MG ORAL	1	
PRENAISSANCE PLUS CAPSULE 28-1-250 MG ORAL	1	
PRENATABS FA TABLET 29-1 MG ORAL	1	
PRENATAL 19 TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG	1	
PRENATAL PLUS IRON TABLET 29-1 MG ORAL	1	
PRENATAL-U CAPSULE 106.5-1 MG ORAL	1	
PREPLUS TABLET 27-1 MG ORAL	1	
PRETAB TABLET 29-1 MG ORAL	1	
SELECT-OB TABLET CHEWABLE 29-0.6-0.4 MG ORAL	1	
SELECT-OB TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	
SE-NATAL 19 TABLET CHEWABLE 29-1 MG ORAL	1	
TARON-C DHA CAPSULE 35-1 MG ORAL	1	
TARON-PREX CAPSULE 30-1.2-265 MG ORAL	1	
TRIVEEN-DUO DHA 29-1-200 & 300 MG ORAL	1	
VIRT-C DHA CAPSULE 53.5-38-1 MG ORAL	1	
VIRT-NATE DHA CAPSULE 28-1-200 MG ORAL	1	
VIRT-PN DHA CAPSULE 27-0.6-0.4-300 MG ORAL	1	
VIRT-PN PLUS CAPSULE 28-0.6-0.4-340 MG ORAL	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Nivel de medicament o</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
VITAFOL GUMMIES TABLET CHEWABLE 3.33-0.333-34.8 MG ORAL	1	
VITAFOL-NANO TABLET 18-0.6-0.4 MG ORAL	1	
VITAFOL-OB+DHA 65-1 & 250 MG ORAL	1	
VP-PNV-DHA CAPSULE 28-1-215.8 MG ORAL	1	
ZATEAN-PN DHA CAPSULE 27-0.6-0.4-300 MG ORAL	1	
ZATEAN-PN PLUS CAPSULE 28-0.6-0.4-340 MG ORAL	1	

Para más información sobre los símbolos y abreviaturas en la columna de las notas, por favor revise la página 3.  
Identificación del formulario 25261



## Listado alfabetico

### A

<i>abacavir sulfate</i> .....	99
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> ...	99
ABELCET .....	97
ABILIFY ASIMTUFII.....	28
ABILIFY MAINTENA.....	28
<i>abiraterone acetate</i> .....	4
<i>abirtega</i> .....	4
ABOUTTIME PEN NEEDLE .....	104
ABRYSVO.....	67
<i>acamprosate calcium</i> .....	17
<i>acarbose</i> .....	20
<i>acebutolol hcl</i> .....	35
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	77
<i>acetazolamide</i> .....	71
<i>acetazolamide er</i> .....	71
<i>acetazolamide sodium</i> .....	71
<i>acetic acid</i> .....	72, 151
<i>acetylcysteine</i> .....	46
<i>acitretin</i> .....	53
ACTEMRA .....	61
ACTEMRA ACTPEN.....	61
ACTHAR .....	60
ACTHAR GEL.....	60
ACTHIB .....	67
ACTIMMUNE .....	74
<i>acyclovir</i> .....	53, 104
<i>acyclovir sodium</i> .....	104
ADACEL.....	67
<i>adapalene</i> .....	54
<i>adefovir dipivoxil</i> .....	104
ADEMPAS.....	76
ADVAIR HFA .....	48
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE .....	104

ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES .....	104, 105
ADVOCATE INSULIN SYRINGE.....	105
<i>afirmelle</i> .....	86
AIMOVIG .....	25
AIRSUPRA .....	48, 49
AJOVY .....	25
AKEEGA.....	4
<i>ala-cort</i> .....	51
<i>albendazole</i> .....	26
<i>albuterol sulfate</i> .....	49
<i>albuterol sulfate hfa</i> .....	49
ALCOHOL PREP .....	105
ALCOHOL PREP PADS ....	105
ALCOHOL SWABS .....	105
ALECENSA .....	4
<i>alendronate sodium</i> .....	42
<i>alfuzosin hcl er</i> .....	56
<i>aliskiren fumarate</i> .....	41
<i>allopurinol</i> .....	24
<i>alosetron hcl</i> .....	42
<i>alprazolam</i> .....	18
<i>alrex</i> .....	73
<i>altavera</i> .....	86
ALTRENO .....	54
ALUNBRIG .....	4
ALVAIZ .....	149
<i>alyacen 1/35</i> .....	86
<i>alyacen 7/7/7</i> .....	86
ALYFTREK .....	47
<i>alyq</i> .....	76
<i>amantadine hcl</i> .....	27
<i>amethyst</i> .....	86
<i>amikacin sulfate</i> .....	80
<i>amiloride hcl</i> .....	40

<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> .....	40
<i>amiodarone hcl</i> .....	34
<i>amitriptyline hcl</i> .....	95
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> .....	38
<i>amlodipine besylate</i> .....	38
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> .....	38
<i>amlodipine-atorvastatin</i> .....	38
<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	38
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i> .....	38
<i>ammonium lactate</i> .....	53
<i>amoxapine</i> .....	95
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i> .....	54
<i>amoxicillin</i> .....	83
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....	83
<i>amphetamine-dextroamphet er</i> .....	43
<i>amphetamine-</i> <i>dextroamphetamine</i> .....	44
<i>amphotericin b</i> .....	97
<i>amphotericin b liposome</i> .....	97
<i>ampicillin</i> .....	83
<i>ampicillin sodium</i> .....	83
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i> .....	83
<i>anagrelide hcl</i> .....	148
<i>anastrozole</i> .....	4
ANKTIVA .....	4
ANORO ELLIPTA.....	49
APO-VARENICLINE.....	17
<i>aprepitant</i> .....	25, 26
APRETUDE .....	100
<i>apri</i> .....	86
APTIOM .....	91
APTIVUS .....	100
AQ INSULIN SYRINGE....	105
AQINJECT PEN NEEDLE..	105

ARCALYST	61		
AREXVY	67		
ARIKAYCE	80		
<i>aripiprazole</i>	28		
ARISTADA	28, 29		
ARISTADA INITIO	28		
<i>armodafinil</i>	43		
ARNUITY ELLIPTA	48		
<i>asenapine maleate</i>	29		
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	149		
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	105		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR	105, 106		
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	106		
ASTAGRAF XL	62		
<i>atazanavir sulfate</i>	100		
<i>atenolol</i>	35		
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	35		
<i>atomoxetine hcl</i>	44		
<i>atorvastatin calcium</i>	38		
<i>atovaquone</i>	26		
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	26		
<i>atropine sulfate</i>	74		
ATROVENT HFA	49		
<i>aubra eq</i>	86		
AUGTYRO	4		
AUM ALCOHOL PREP PADS	106		
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	106		
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE	106		
AUM PEN NEEDLE	106		
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE	106		
AUM SAFETY PEN NEEDLE	106		
<i>aurovela 1.5/30</i>	86		
<i>aurovela 1/20</i>	86		
<i>aurovela 24 fe</i>	86		
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	86		
<i>aurovela fe 1/20</i>	86		
AUSTEDO	44		
AUSTEDO XR	44		
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	44		
AUVELITY	95		
<i>aviane</i>	86		
AVMAPKI FAKZYNJA CO- PACK	4		
AVONEX PEN	44		
AVONEX PREFILLED	44		
AXTLE	4		
<i>ayuna</i>	86		
AYVAKIT	4		
<i>azacitidine</i>	4		
<i>azathioprine</i>	62		
<i>azathioprine sodium</i>	62		
<i>azelastine hcl</i>	74		
<i>azithromycin</i>	83		
<i>aztreonam</i>	81		
<i>azurette</i>	86		
<b>B</b>			
<i>bacitracin</i>	72		
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	72		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	72		
<i>baclofen</i>	151		
<i>balsalazide disodium</i>	42		
BALVERSA	4		
BAQSIMI ONE PACK	75		
BCG VACCINE	67		
BD AUTOSHIELD	106		
BD AUTOSHIELD DUO	106		
BD ECLIPSE SYRINGE	107		
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II	107		
BD INSULIN SYRINGE	107		
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT	107		
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE	107		
BD INSULIN SYRINGE U-500	107		
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	107, 108		
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE	108		
BD PEN NEEDLE MINI U/F	108		
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE	108		
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN	108		
BD PEN NEEDLE NANO U/F	108		
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE	108		
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE	108		
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE	108		
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	108, 109		
BD SAFETYGLIDE SYRINGE/NEEDLE	109		
BD SAFETY-LOK INSULIN SYRINGE	109		
BD SWAB SINGLE USE REGULAR	109		
BD SWABS SINGLE USE BUTTERFLY	109		
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT	109		
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE	109		
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F	109		
BELSOMRA	43		
<i>benazepril hcl</i>	40		
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	40		
<i>bendamustine hcl</i>	4		
BENDAMUSTINE HCL	4		

BENDEKA	4
BENLYSTA	62
<i>benztropine mesylate</i>	27
BESIVANCE	72
BESREMI	62
<i>betaine</i>	75
<i>betamethasone dipropionate</i>	51
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	51
<i>betamethasone valerate</i>	51
BETAMETHASONE VALERATE	51
BETASERON	44
<i>betaxolol hcl</i>	71
<i>bethanechol chloride</i>	57
<i>bexarotene</i>	4
BEXSERO	67
<i>bicalutamide</i>	5
BICILLIN C-R	84
BICILLIN C-R 900/300	84
BICILLIN L-A	84
BIKTARVY	100
<i>bimatoprost</i>	71
<i>bisoprolol fumarate</i>	35
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	35
BIZENGRI (750 MG DOSE)	5
<i>bleomycin sulfate</i>	5
<i>blisovi 24 fe</i>	86
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	86
<i>blisovi fe 1/20</i>	86
BOOSTRIX	67
<i>bortezomib</i>	5
BORUZU	5
<i>bosentan</i>	76
BOSULIF	5
BRAFTOVI	5
BREO ELLIPTA	48
<i>breyna</i>	48
BREZTRI AEROSPHERE	49
BRILINTA	149
<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	71
<i>brinzolamide</i>	71
BRIVIACT	91
<i>bromfenac sodium</i>	73
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	73
<i>bromocriptine mesylate</i>	27
BRONCHITOL	47
BRONCHITOL TOLERANCE TEST	47
BRUKINSA	5
<i>budesonide</i>	42, 48
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	48
<i>bumetanide</i>	40
<i>buprenorphine</i>	77
<i>buprenorphine hcl</i>	18
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	18
<i>bupropion hcl</i>	95
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	18
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	95
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	95
<i>buspirone hcl</i>	75
<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	77
<i>butalbital-apap-caffeine</i>	77
C	
CABENUVA	100
<i>cabergoline</i>	27
CABOMETYX	5
<i>calcipotriene</i>	53
<i>calcitonin (salmon)</i>	42
<i>calcitriol</i>	42, 53
<i>calcium acetate</i>	56
<i>calcium acetate (phos binder)</i>	56
CALQUENCE	5
<i>camila</i>	86
<i>candesartan cilexetil</i>	37
<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	37
CAPLYTA	29
CAPRELSA	5
<i>captorpril</i>	40
<i>carbamazepine</i>	91
<i>carbamazepine er</i>	91
<i>carbidopa-levodopa</i>	27
<i>carbidopa-levodopa er</i>	27
CAREFINE PEN NEEDLES	109
CAREONE INSULIN SYRINGE	109, 110
CARETOUCH ALCOHOL PREP	110
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	110
CARETOUCH PEN NEEDLES	110
<i>carglumic acid</i>	55
<i>carisoprodol</i>	151
<i>carteolol hcl</i>	71
<i>cartia xt</i>	35
<i>carvedilol</i>	35
CAYSTON	81
<i>cefaclor</i>	81
<i>cefadroxil</i>	81
<i>cefazolin sodium</i>	82
<i>cefdinir</i>	82
<i>cefepime hcl</i>	82
<i>cefixime</i>	82
<i>cefoxitin sodium</i>	82
<i>cefpodoxime proxetil</i>	82
<i>cefprozil</i>	82
<i>ceftazidime</i>	82
<i>ceftriaxone sodium</i>	82
<i>cefuroxime axetil</i>	82
<i>cefuroxime sodium</i>	82
<i>celecoxib</i>	76
<i>cephalexin</i>	82
<i>cevimeline hcl</i>	50
<i>chateal eq</i>	86
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	18
<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>	19
<i>chlorhexidine gluconate</i>	50
<i>chloroquine phosphate</i>	26

<i>chlorpromazine hcl</i>	29	<i>clobetasol propionate e</i>	51	<i>constulose</i>	55
<i>chlorthalidone</i>	40	<i>clobetasol propionate emulsion</i>	51	<b>COPIKTRA</b>	5
<i>cholestyramine</i>	38			<b>CORLANOR</b>	36
<i>cholestyramine light</i>	38	<i>clomipramine hcl</i>	95	<b>CORTROPHIN</b>	60
<i>ciclopirox</i>	97	<i>clonazepam</i>	19	<b>COSENTYX</b>	62, 75
<i>ciclopirox olamine</i>	97	<i>clonidine</i>	34	<b>COSENTYX (300 MG DOSE)</b>	62
<i>cilostazol</i>	149	<i>clonidine hcl</i>	34	<b>COSENTYX SENSOREADY</b>	
<b>CIMDUO</b>	100	<i>clopidogrel bisulfate</i>	149	(300 MG)	62
<i>cimetidine</i>	54	<i>clorazepate dipotassium</i>	19	<b>COSENTYX UNOREADY</b>	62
<i>cimetidine hcl</i>	54	<i>clotrimazole</i>	98	<b>COTELLIC</b>	5
<b>CIMZIA</b>	62	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	98	<b>CREON</b>	150
<b>CIMZIA (2 SYRINGE)</b>	62	<i>clozapine</i>	29	<i>cromolyn sodium</i>	47, 55, 74
<i>cinacalcet hcl</i>	42	<b>C-NATE DHA</b>	151	<i>cryselle-28</i>	86
<b>CINQAIR</b>	47	<b>COARTEM</b>	26	<b>CURITY ALCOHOL PREPS</b>	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	72, 84	<b>COBENFY</b>	29		112
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	84	<b>COBENFY STARTER PACK</b>	29	<b>CURITY ALL PURPOSE</b>	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	72			<b>SPONGES</b>	113
<i>citalopram hydrobromide</i>	95	<i>colchicine</i>	24	<b>CURITY GAUZE</b>	113
<i>clarithromycin</i>	83	<i>colchicine-probenecid</i>	24	<b>CURITY GAUZE SPONGE</b>	113
<b>CLENPIQ</b>	56	<i>colesevelam hcl</i>	38	<b>CURITY SPONGES</b>	113
<b>CLEVER CHOICE COMFORT EZ</b>	110	<i>colestipol hcl</i>	38	<b>CVS GAUZE</b>	113
<b>CLICKFINE PEN NEEDLES</b>	110	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	80	<b>CVS GAUZE STERILE</b>	113
<i>clindamycin hcl</i>	80	<b>COMBIVENT RESPIMAT</b>	49	<i>cyclafem 1/35</i>	86
<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>	53	<b>COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)</b>	5	<i>cyclafem 7/7/7</i>	86
<i>clindamycin phosphate</i>	53, 79, 80	<b>COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)</b>	5	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	151
<b>CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10)</b>	33	<b>COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)</b>	5	<i>cyclophosphamide</i>	5, 6
<b>CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14)</b>	33	<b>COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE</b>	111	<b>CYCLOPHOSPHAMIDE</b>	6
<b>CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)</b>	34	<b>COMFORT EZ INSULIN SYRINGE</b>	111, 112	<i>cyclosporine</i>	62, 73
<b>CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)</b>	34	<b>COMFORT EZ PEN NEEDLES</b>	112	<i>cyclosporine modified</i>	62
<b>CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)</b>	34	<b>COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES</b>	112	<b>CYLTEZO (2 PEN)</b>	62
<i>clinisol sf</i>	34	<b>COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED</b>	112	<b>CYLTEZO (2 SYRINGE)</b>	62
<i>clobazam</i>	91	<b>COMPLERA</b>	100	<b>CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER</b>	62
<i>clobetasol propionate</i>	51, 52	<b>COMPLETENATE</b>	151	<b>CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER</b>	63
		<i>compro</i>	26	<i>cyred eq</i>	86
				<b>D</b>	
				<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	
					148
				<i>dalfampridine er</i>	44
				<i>danazol</i>	58

<i>dantrolene sodium</i> .....	151
DANYELZA .....	6
DANZITEN .....	6
<i>dapsone</i> .....	99
DAPTACEL .....	67
<i>daptomycin</i> .....	80
DAPTO MYCIN .....	80
<i>darunavir</i> .....	100
<i>dasatinib</i> .....	6
<i>dasetta 1/35 (28)</i> .....	86
<i>dasetta 7/7/7</i> .....	86
DATROWAY .....	6
DAURISMO .....	6
<i>deblitane</i> .....	86
<i>decitabine</i> .....	6
<i>deferasirox</i> .....	79
<i>deferasirox granules</i> .....	79
DELSTRIGO .....	100
<i>delyla</i> .....	86
<i>demeclocycline hcl</i> .....	85
DENGVAXIA .....	67
<i>denta 5000 plus</i> .....	50
<i>dentagel</i> .....	50
DEPO-SUBQ PROVERA	104
.....	61
DERMACEA GAUZE	
SPONGE .....	113
DERMACEA IV DRAIN	
SPONGES .....	113
DERMACEA NON-WOVEN	
SPONGES .....	113
DERMACEA TYPE VII	
GAUZE .....	113
DESCO VY .....	100
<i>desipramine hcl</i> .....	95
<i>desloratadine</i> .....	99
<i>desmopressin ace spray refrigerated</i> .....	60
<i>desmopressin acetate</i> .....	60
<i>desmopressin acetate spray</i> .....	60
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> .....	86
<i>desvenlafaxine succinate er</i> .....	95
<i>dexamethasone</i> .....	59
<i>dexamethasone sod phosphate pf</i> .....	59
<i>dexamethasone sodium</i>	
<i>phosphate</i> .....	59, 73
<i>dextrose</i> .....	34
<i>dextrose-nacl</i> .....	147
<i>dextrose-sodium chloride</i> .....	147
DIACOMIT .....	91
DIATHRIVE PEN NEEDLE	113
<i>diazepam</i> .....	19, 91
<i>diazepam intensol</i> .....	19
<i>diazoxide</i> .....	75
<i>diclofenac epolamine</i> .....	76
<i>diclofenac potassium</i> .....	76
<i>diclofenac sodium</i> .....	73, 76
<i>diclofenac sodium er</i> .....	76
<i>diclofenac-misoprostol</i> .....	76
<i>dicloxacillin sodium</i> .....	84
<i>dicyclomine hcl</i> .....	55
DIFICID .....	83
<i>disfluprednate</i> .....	73
<i>digoxin</i> .....	36
<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	25
<i>diltiazem hcl</i> .....	36
<i>diltiazem hcl er</i> .....	36
<i>diltiazem hcl er beads</i> .....	35
<i>diltiazem hcl er coated beads</i> .....	36
<i>dilt-xr</i> .....	36
<i>dimethyl fumarate</i> .....	44
<i>dimethyl fumarate starter pack</i> .....	44
<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	55
DIPHTHERIA-TETANUS	
TOXOIDS DT .....	68
<i>dipyridamole</i> .....	149
<i>disulfiram</i> .....	18
<i>divalproex sodium</i> .....	91
<i>divalproex sodium er</i> .....	91
<i>dofetilide</i> .....	34
<i>dolishale</i> .....	86
<i>donepezil hcl</i> .....	19
<i>dorzolamide hcl</i> .....	71
<i>dorzolamide hcl-timolol malate</i> .....	71
DOVATO .....	100
<i>doxazosin mesylate</i> .....	34
<i>doxepin hcl</i> .....	43, 95
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> .....	6
<i>doxy 100</i> .....	85
<i>doxycycline hyalate</i> .....	85
<i>doxycycline monohydrate</i> .....	85
DRIZALMA SPRINKLE .....	95
<i>dronabinol</i> .....	26
DROPLET INSULIN	
SYRINGE .....	113, 114
DROPLET MICRON .....	114
DROPLET PEN NEEDLES .....	114
DROPSAFE ALCOHOL PREP	
.....	114
DROPSAFE SAFETY PEN	
NEEDLES .....	114, 115
DROPSAFE SAFETY	
SYRINGE/NEEDLE .....	115
<i>droxidopa</i> .....	34
DRUG MART ULTRA	
COMFORT SYR .....	115
DRUG MART UNIFINE	
PENTIPS .....	115
DUAVEE .....	58
<i>duloxetine hcl</i> .....	95
DUPIXENT .....	63
<i>dutasteride</i> .....	57
E	
EASY COMFORT ALCOHOL	
PADS .....	115
EASY COMFORT INSULIN	
SYRINGE .....	115, 116
EASY COMFORT PEN	
NEEDLES .....	116
EASY GLIDE PEN NEEDLES	
.....	116
EASY TOUCH ALCOHOL	
PREP MEDIUM .....	117
EASY TOUCH FLIPLOCK	
INSULIN SY .....	117

EASY TOUCH FLIPLOCK	
SAFETY SYR.....	117
EASY TOUCH INSULIN	
BARRELS.....	117
EASY TOUCH INSULIN	
SAFETY SYR.....	117
EASY TOUCH INSULIN	
SYRINGE.....	117, 118
EASY TOUCH PEN NEEDLES	
.....	118
EASY TOUCH SAFETY PEN	
NEEDLES .....	118
EASY TOUCH	
SHEATHLOCK SYRINGE	
.....	118, 119
<i>ec-naproxen</i>	77
<i>econazole nitrate</i>	98
EDURANT.....	100
EDURANT PED .....	100
<i>efavirenz</i>	100
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	100
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	100
ELAHERE.....	6
ELIGARD .....	6
<i>elinest</i>	86
ELIQUIS .....	148
ELIQUIS DVT/PE STARTER	
PACK .....	148
ELREXFIO.....	6
<i>eluryng</i> .....	86
EMBECTA AUTOSHIELD	
DUO .....	119
EMBECTA INS SYR U/F 1/2	
UNIT .....	119
EMBECTA INSULIN SYR	
ULTRAFINE.....	119
EMBECTA INSULIN	
SYRINGE.....	119
EMBECTA INSULIN	
SYRINGE U-100 .....	119
EMBECTA PEN NEEDLE	
NANO 2 GEN .....	119
EMBECTA PEN NEEDLE	
ULTRAFINE.....	119
EMBRACE PEN NEEDLES	
.....	119, 120
EMCYT .....	6
EMGALITY .....	25
EMGALITY (300 MG DOSE)	
.....	25
<i>emoquette</i> .....	86
EMRELIS .....	6
EMSAM .....	95
<i>emtricitabine</i> .....	100
<i>emtricitabine-tenofovir df</i> ....	100
EMTRIVA.....	100
<i>emzahh</i> .....	87
<i>enalapril maleate</i> .....	40
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> 40	
ENBREL .....	63
ENBREL MINI .....	63
ENBREL SURECLICK .....	63
<i>endocet</i> .....	77
ENGERIX-B .....	68
<i>enilloring</i> .....	87
<i>enoxaparin sodium</i> .....	148
<i>enpresse-28</i> .....	87
<i>enskyce</i> .....	87
<i>entacapone</i> .....	27
<i>entecavir</i> .....	104
ENTRESTO.....	37
<i>enulose</i> .....	55
EPCLUSA .....	103
EPIDIOLEX .....	91
<i>epinastine hcl</i> .....	74
<i>epinephrine</i> .....	36
<i>epitol</i> .....	92
EPIVIR HBV.....	100
EPKINLY .....	6
<i>eplerenone</i> .....	41
EPRONTIA .....	92
EQL ALCOHOL SWABS ...	120
EQL GAUZE.....	120
EQL INSULIN SYRINGE ..	120
ERBITUX .....	7
<i>ergoloid mesylates</i> .....	19
ERIVEDGE .....	7
ERLEADA .....	7
<i>erlotinib hcl</i> .....	7
<i>errin</i> .....	87
<i>ertapenem sodium</i> .....	81
<i>erythromycin</i> .....	53, 72
<i>erythromycin base</i> .....	83
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ..	83
ERZOFRI .....	29, 30
<i>escitalopram oxalate</i> .....	96
<i>eslicarbazepine acetate</i> .....	92
<i>esomeprazole magnesium</i> .....	54
<i>estarrylla</i> .....	87
<i>estradiol</i> .....	58
<i>estradiol-norethindrone acet</i> ..	58
ESTROGEL.....	58
<i>eszopiclone</i> .....	43
<i>ethambutol hcl</i> .....	99
<i>ethosuximide</i> .....	92
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ..	87
<i>etodolac</i> .....	77
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	87
ETOPOPHOS .....	7
<i>etoposide</i> .....	7
<i>etravirine</i> .....	100
EUCRISA .....	52
EULEXIN .....	7
<i>everolimus</i> .....	7, 63
EVOTAZ .....	100
EXEL COMFORT POINT PEN	
NEEDLE.....	120
<i>exemestane</i> .....	7
EXTENCILLINE .....	84
EYSUVIS .....	73
<i>ezetimibe</i> .....	39
<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....	39
<b>F</b>	
<i>falmina</i> .....	87

famciclovir	104	GAUZE TYPE VII MEDI-PAK	
famotidine	54		.....120
FANAPT	30	GAVILYTE-C	56
FANAPT TITRATION PACK	30	gavilyte-g	56
		gavilyte-n with flavor pack	56
FARXIGA	20	GAVRETO	7
FASENRA	47	gefitinib	7
FASENRA PEN	47	gemfibrozil	39
febuxostat	24	generlac	55
feirza 1.5/30	87	gengraf	63
feirza 1/20	87	GENTAK	72
felbamate	92	gentamicin sulfate	53, 72, 80
felodipine er	38	GENVOYA	101
femynor	87	GILOTRIF	7
fenofibrate	39	glatiramer acetate	44, 45
fenofibrate micronized	39	glatopa	45
fentanyl	78	GLEOSTINE	8
fentanyl citrate	78	glimepiride	24
fesoterodine fumarate er	57	glipizide	24
FETZIMA	96	glipizide er	24
FETZIMA TITRATION	96	glipizide-metformin hcl	24
FIASP	22	GLOBAL ALCOHOL PREP	
FIASP FLEXTOUCH	22	EASE	120
FIASP PENFILL	22	GLOBAL EASE INJECT PEN	
FIFTY50 PEN NEEDLES	120	NEEDLES	120
finasteride	57	GLOBAL EASY GLIDE	
fingolimod hcl	44	INSULIN SYR	120, 121
FINTEPLA	92	GLOBAL INJECT EASE	
FIRMAGON	7	INSULIN SYR	121
FIRMAGON (240 MG DOSE)	7	glucagon emergency	75
flavoxate hcl	57	GLUCOPRO INSULIN	
flecainide acetate	34	SYRINGE	121
flouxuridine	7	glyburide	24
fluconazole	98	glyburide micronized	24
fluconazole in sodium chloride	98	glyburide-metformin	24
flucytosine	98	glycopyrrolate	19, 55
fludrocortisone acetate	59	glydo	79
flunisolide	73	GLYXAMBI	20
fluocinolone acetonide	52, 73	GNP ALCOHOL SWABS	121
fluocinolone acetonide body	52	GNP INSULIN SYRINGE	121, 122
fluocinolone acetonide scalp	52	GNP INSULIN SYRINGES	122

GNP INSULIN SYRINGES	
29GX1/2 .....	122
GNP INSULIN SYRINGES	
30GX5/16 .....	122
GNP INSULIN SYRINGES	
31GX5/16 .....	122
GNP STERILE GAUZE .....	122
GNP ULTRA COM INSULIN	
SYRINGE.....	122
GOMEKLI .....	8
GOODSENSE ALCOHOL	
SWABS .....	122
griseofulvin microsize .....	98
griseofulvin ultramicrosize....	98
guanfacine hcl .....	34
guanfacine hcl er.....	45
GVOKE HYPOOPEN 2-PACK	75
GVOKE KIT .....	75
GVOKE PFS .....	75
<b>H</b>	
HAEGARDA .....	149
hailey 24 fe .....	87
hailey fe 1.5/30 .....	87
hailey fe 1/20 .....	87
halobetasol propionate.....	52
haloette .....	87
haloperidol .....	30
haloperidol decanoate.....	30
haloperidol lactate .....	30
HARVONI .....	103
HAVRIX .....	68
HEALTHWISE INSULIN	
SYR/NEEDLE .....	122
HEALTHWISE MICRON PEN	
NEEDLES .....	122
HEALTHWISE SHORT PEN	
NEEDLES .....	122
HEALTHY ACCENTS	
UNIFINE PENTIP .....	123
heather.....	87
H-E-B INCONTROL	
ALCOHOL.....	123
H-E-B INCONTROL PEN	
NEEDLES .....	123
heparin sodium ( <i>porcine</i> ) .....	149
HEPLISAV-B.....	68
HERCEPTIN HYLECTA .....	8
HERZUMA .....	8
HIBERIX.....	68
HM STERILE ALCOHOL	
PREP .....	123
HM STERILE PADS .....	123
HM ULCICARE INSULIN	
SYRINGE.....	123
HM ULCICARE SHORT PEN	
NEEDLES .....	123
HUMIRA (2 PEN).....	63
HUMIRA (2 SYRINGE).....	63
HUMIRA-CD/UC/HS	
STARTER .....	63
HUMIRA-PED<40KG	
CROHNS STARTER .....	64
HUMIRA-PED>/=40KG	
CROHNS START .....	64
HUMIRA-PED>/=40KG UC	
STARTER .....	64
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS	
STARTER .....	64
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT	
STARTER .....	64
HUMULIN R U-500	
(CONCENTRATED) .....	22
HUMULIN R U-500	
KWIKPEN.....	22
hydralazine hcl .....	36
hydrochlorothiazide.....	40
hydrocodone-acetaminophen .	78
hydrocortisone .....	42, 52, 59
hydrocortisone ( <i>perianal</i> ).....	52
hydrocortisone valerate.....	52
hydrocortisone-acetic acid ....	72
hydromorphone hcl.....	78
hydroxychloroquine sulfate ..	26,
	27
hydroxyurea .....	8
hydroxyzine hcl .....	99
hydroxyzine pamoate .....	75
<b>I</b>	
ibandronate sodium .....	42
IBRANCE.....	8
ibu .....	77
ibuprofen.....	77
icatibant acetate .....	36
iclevia .....	87
ICLUSIG .....	8
icosapent ethyl .....	39
IDHIFA.....	8
ifosfamide .....	8
ILEVRO .....	74
imatinib mesylate .....	8
IMBRUVICA .....	8
IMDELLTRA .....	8
imipenem-cilastatin .....	81
imipramine hcl.....	96
imiquimod .....	53
IMJUDO .....	8
IMKELDI .....	8
IMOVAZ RABIES .....	68
IMPAVIDO .....	27
incassia .....	87
INCONTROL ULCICARE PEN	
NEEDLES .....	123
INCRELEX .....	60
indapamide .....	40
indomethacin .....	77
INFANRIX .....	68
infliximab .....	64
INGREZZA .....	45
INLYTA .....	8
INPEN 100-BLUE-LILLY-	
HUMALOG.....	124
INPEN 100-BLUE-	
NOVOLOG-FIASP .....	124
INQOVI.....	8
INREBIC .....	9
insulin asp prot & asp flexpen	22

INSULIN ASPART	22
INSULIN ASPART FLEXPEN	22
INSULIN ASPART PENFILL	22
insulin aspart prot & aspart	23
INSULIN SYRINGE	124
INSULIN SYRINGE/NEEDLE	124
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	124
INSUPEN PEN NEEDLES	124
INSUPEN SENSITIVE	124, 125
INSUPEN ULTRAFIN	125
INTELENCE	101
INTRON A	103
introvale	87
INVEGA HAFYERA	30
INVEGA SUSTENNA	30, 31
INVEGA TRINZA	31
INVELTYS	74
IPOL	68
ipratropium bromide	49, 74
ipratropium-albuterol	49
irbesartan	37
irbesartan-hydrochlorothiazide	37
ISENTRESS	101
ISENTRESS HD	101
isibloom	87
isoniazid	99
isosorbide dinitrate	41
isosorbide mononitrate	41
isosorbide mononitrate er	41
ITOVEBI	9
itraconazole	98
ivabradine hcl	36
ivermectin	27
IWILFIN	9
IXCHIQ	68
IXIARO	68

<b>J</b>	
J & J GAUZE	125
JAKAFI	9
jantoven	149
JANUMET	20
JANUMET XR	20
JANUVIA	20
JARDIANCE	20
javygtor	150
JAYPIRCA	9
JEMPERLI	9
jencycla	87
JENTADUETO	20
JENTADUETO XR	20
jolessa	87
juleber	87
JULUCA	101
junel 1.5/30	87
junel 1/20	87
junel fe 1.5/30	87
junel fe 1/20	87
junel fe 24	87
JYLAMVO	9
JYNNEOS	68
<b>K</b>	
KALYDECO	47
kariva	87
kelnor 1/35	87
kelnor 1/50	87
KENDALL HYDROPHILIC FOAM DRESS	125
KENDALL HYDROPHILIC FOAM PLUS	125
KERENDIA	41
KESIMPTA	45
ketoconazole	98
ketorolac tromethamine	74, 77
KEYTRUDA	9
KIMMTRAK	9
KINERET	64
KINRAY INSULIN SYRINGE	125
<b>KINRIX</b>	68
kionex	55
KISQALI (200 MG DOSE)	9
KISQALI (400 MG DOSE)	9
KISQALI (600 MG DOSE)	9
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	9
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	9
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	9
KLISYRI (250 MG)	53
klor-con m10	147
klor-con m15	147
klor-con m20	147
KLOXXADO	18
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G	125
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G	125
KOSELUGO	9
KOSHER PRENATAL PLUS IRON	151
KRAZATI	9
KROGER PEN NEEDLES	125
kurvelo	87
KYLEENA	88
KYNMOBI	27
KYNMOBI TITRATION KIT	28
<b>L</b>	
labetalol hcl	35
lacosamide	92
LACTATED RINGERS	147
lactulose	55
lamivudine	101
lamivudine-zidovudine	101
lamotrigine	92
LANREOTIDE ACETATE	60
lansoprazole	54
LANTUS	23
LANTUS SOLOSTAR	23

<i>lapatinib ditosylate</i>	9	<i>levetiracetam er</i>	92	<i>lopinavir-ritonavir</i>	101
<i>larin 1.5/30</i>	88	<i>levobunolol hcl</i>	71	<i>LOQTORZI</i>	10
<i>larin 1/20</i>	88	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	99	<i>lorazepam</i>	19
<i>larin 24 fe</i>	88	<i>levofloxacin</i>	72, 85	<i>lorazepam intensol</i>	19
<i>larin fe 1.5/30</i>	88	<i>levofloxacin in d5w</i>	84	<i>LORBRENA</i>	10
<i>larin fe 1/20</i>	88	<i>levonest</i>	88	<i>losartan potassium</i>	37
<i>larissia</i>	88	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	88	<i>losartan potassium-hctz</i>	37
<i>latanoprost</i>	71	<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i>	88	<i>LOTEMAX</i>	74
<i>LAZCLUZE</i>	9	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad..</i>	88	<i>LOTEMAX SM</i>	74
<b>LEADER UNIFINE PENTIPS</b>		<i>levonorg-eth estrad triphasic .</i>	88	<i>loteprednol etabonate</i>	74
	125	<i>levora 0.15/30 (28)</i>	88	<i>lovastatin</i>	39
<b>LEADER UNIFINE PENTIPS</b>		<i>levothyroxine sodium</i>	57	<i>low-ogestrel</i>	88
<b>PLUS</b>	125	<b>LEXIVA</b>	101	<i>loxapine succinate</i>	31
<i>leflunomide</i>	64	<i>l-glutamine</i>	75	<i>lubiprostone</i>	55
<i>lenalidomide</i>	9	<b>LIBERVANT</b>	93	<i>LUMAKRAS</i>	10
<b>LETOCILIN</b>	84	<i>lidocaine</i>	79	<i>LUMIGAN</i>	71
<b>LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)</b>	10	<i>lidocaine hcl</i>	79	<i>LUNSUMIO</i>	10
<b>LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)</b>	10	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	79	<b>LUPRON DEPOT (1-MONTH)</b>	
<b>LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)</b>	10	<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	79		10, 60
<b>LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)</b>	10	<i>lidocaine viscous hcl</i>	79	<b>LUPRON DEPOT (3-MONTH)</b>	
<b>LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)</b>	10	<i>lidocaine-prilocaine</i>	79		11, 60
<b>LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)</b>	10	<i>lidocan</i>	79	<b>LUPRON DEPOT (4-MONTH)</b>	
<b>LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)</b>	10	<b>LILETTA (52 MG)</b>	88		11
<b>LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)</b>	10	<i>lillow</i>	88	<b>LUPRON DEPOT (6-MONTH)</b>	
<i>lessina</i>	88	<i>linezolid</i>	80		11
<i>letrozole</i>	10	<b>LINZESS</b>	55	<b>LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)</b>	
<i>leucovorin calcium</i>	75	<i>liothyronine sodium</i>	57		60
<b>LEUKERAN</b>	10	<i>lisinopril</i>	41	<b>LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)</b>	
<i>leuprolide acetate</i>	10	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	41		60
<b>LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH)</b>	10	<b>LITETOUC INSULIN SYRINGE</b>	125, 126	<i>lurasidone hcl</i>	31
<i>levalbuterol hcl</i>	50	<b>LITETOUC PEN NEEDLES</b>	126	<i>lutera</i>	88
<i>levalbuterol tartrate</i>	50	<i>lithium</i>	45	<b>LUTRATE DEPOT</b>	60
<i>levetiracetam</i>	92, 93	<i>lithium carbonate</i>	45	<b>LYBALVI</b>	31
		<b>LITHIUM CARBONATE</b>	45	<i>lyleq</i>	88
		<i>lithium carbonate er</i>	45	<b>LYNPARZA</b>	11
		<b>LIVTENCITY</b>	103	<b>LYSODREN</b>	11
		<b>LOKELMA</b>	55	<b>LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)</b>	11
		<b>LONSURF</b>	10	<b>LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)</b>	11
		<i>loperamide hcl</i>	55	<b>LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)</b>	11

<i>lyza</i> .....	88
<b>M</b>	
MAGELLAN INSULIN	
SAFETY SYR.....	126
magnesium sulfate .....	147
malathion.....	54
maraviroc .....	101
MARGENZA .....	11
marlissa .....	88
MARPLAN .....	96
MATULANE .....	11
MAVENCLAD (10 TABS) ...	45
MAVENCLAD (4 TABS) ....	45
MAVENCLAD (5 TABS) ....	45
MAVENCLAD (6 TABS) ....	45
MAVENCLAD (7 TABS) ....	45
MAVENCLAD (8 TABS) ....	45
MAVENCLAD (9 TABS) ....	46
MAXICOMFORT II PEN	
NEEDLE .....	126
MAXI-COMFORT INSULIN	
SYRINGE.....	126
MAXI-COMFORT SAFETY	
PEN NEEDLE.....	127
MAXICOMFORT SYR 27G X	
1/2.....	127
MAYZENT .....	46
MAYZENT STARTER PACK	
.....	46
meclizine hcl .....	26
MEDIC INSULIN SYRINGE	
.....	127
MEDICINE SHOPPE PEN	
NEEDLES .....	127
MEDPURA ALCOHOL PADS	
.....	127
medroxyprogesterone acetate	61
mefloquine hcl .....	27
megestrol acetate.....	11, 61
MEIJER ALCOHOL SWABS	
.....	127
MEIJER PEN NEEDLES ....	127
MEKINIST .....	11
MEKTOVI.....	11
meloxicam.....	77
memantine hcl.....	20
memantine hcl er .....	20
MENACTRA.....	68
MENQUADFI .....	69
MENVEO .....	69
mercaptopurine .....	11
meropenem .....	81
mesalamine .....	42
mesalamine er.....	42
mesna.....	75
metformin hcl.....	20, 21
metformin hcl er .....	20
methadone hcl.....	78
methazolamide .....	71
methenamine hippurate .....	80
methimazole.....	57
methocarbamol .....	151
methotrexate sodium.....	11
METHOTREXATE SODIUM	
.....	11
methotrexate sodium (pf).....	11
methoxsalen rapid .....	53
methsuximide .....	93
methylphenidate hcl.....	46
methylprednisolone .....	59
methylprednisolone acetate .....	59
methylprednisolone sodium succ	
.....	59
metoclopramide hcl .....	55
metolazone.....	40
metoprolol succinate er .....	35
metoprolol tartrate .....	35
metronidazole .....	53, 79, 80, 81
metyrosine .....	36
micafungin sodium .....	98
MICONAZOLE 3.....	98
MICRODOT PEN NEEDLE	127
microgestin 1.5/30 .....	88
microgestin 1/20 .....	88
microgestin 24 fe .....	88
microgestin fe 1.5/30 .....	88
microgestin fe 1/20 .....	88
midodrine hcl.....	34
MIEBO .....	74
mifepristone .....	21
milu .....	88
mimvey .....	58
minitran .....	41
minocycline hcl .....	85
minoxidil .....	41
MIPLYFFA .....	104
MIRASORB SPONGES .....	127
MIRENA (52 MG) .....	88
mirtazapine .....	96
misoprostol .....	54
mitoxantrone hcl.....	11
MM PEN NEEDLES.....	127
M-M-R II .....	69
M-NATAL PLUS .....	151
modafinil .....	43
moexipril hcl .....	41
molindone hcl .....	31
mometasone furoate.....	52, 74
MONOJECT INSULIN	
SYRINGE.....	127, 128
MONOJECT ULTRA	
COMFORT SYRINGE ...	128
mono-linyah .....	89
montelukast sodium .....	49
MORPHINE SULFATE.....	78
morphine sulfate (concentrate)	
.....	78
morphine sulfate er .....	78
MOUNJARO .....	21
MOVANTIK .....	55
moxifloxacin hcl.....	72, 85
MOXIFLOXACIN HCL .....	85
MOXIFLOXACIN HCL IN	
NACL .....	85
MRESVIA .....	69
MULTAQ .....	34

<i>mupirocin</i>	53	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	39	NOVOLIN R	23
MVASI	11	NIACOR	39	NOVOLIN R FLEXPEN	23
<i>mycophenolate mofetil</i>	64	NICOTROL NS	18	NOVOLIN R RELION	23
<i>mycophenolate mofetil hcl</i>	64	<i>nifedipine er</i>	38	NOVOTWIST PEN NEEDLE	
<i>mycophenolate sodium</i>	64	<i>nifedipine er osmotic release</i>	38		129
MYRBETRIQ	57	NIKTIMVO	64	NUBEQA	12
<b>N</b>		<i>nilotamide</i>	12	NUCALA	47
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	56	NINLARO	12	NULOJIX	64
<i>nabumetone</i>	77	<i>nitazoxanide</i>	27	NUPLAZID	31
<i>nafcillin sodium</i>	84	<i>nitisinone</i>	150	NURTEC	25
<i>naloxone hcl</i>	18	<i>nitrofurantoin</i>	81	<i>nyamyc</i>	98
<i>naltrexone hcl</i>	18	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	81	<i>nylia 1/35</i>	89
<i>naproxen</i>	77	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>		<i>nylia 7/7/7</i>	89
<i>naratriptan hcl</i>	25		81	<i>nymyo</i>	89
NATACYN	72	<i>nitroglycerin</i>	41, 42, 75	<i>nystatin</i>	98
<i>nateglinide</i>	21	NIVA-PLUS	151	<i>nystatin-triamcinolone</i>	98
NATPARA	42	NIVESTYM	149, 150	<i>nystop</i>	98
NAYZILAM	93	NORDITROPIN FLEXPRO	60	NYVEPRIA	150
<i>nebivolol hcl</i>	35	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	89	<b>O</b>	
<i>nefazodone hcl</i>	96	<i>norethrin ace-eth estrad-fe</i>	89	OBSTETRIX DHA	151
NEFAZODONE HCL	96	<i>norethindrone</i>	89	OCREVUS	46
<i>neomycin sulfate</i>	80	<i>norethindrone acetate</i>	61	OCREVUS ZUNIVO	46
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>		<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	89	<i>octreotide acetate</i>	60
.....	72	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	89	ODEFSEY	101
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>		<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	89	ODOMZO	12
.....	72	<i>norlyda</i>	89	OFEV	47
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>		<i>norlyroc</i>	89	<i>ofloxacin</i>	73
.....	72	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	89	OGIVRI	12
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	72	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	89	OGSIVEO	12
<i>neo-polycin</i>	72	<i>nortrel 7/7/7</i>	89	OJEMDA	12
<i>neo-polycin hc</i>	72	<i>nortriptyline hcl</i>	96	OJJAARA	12
NERLYNX	12	NORVIR	101	<i>olanzapine</i>	31
<i>neuac</i>	54	NOVOFINE AUTOCOVER	128	<i>olmesartan medoxomil</i>	37
NEULASTA ONPRO	149	NOVOFINE PEN NEEDLE	128	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	37
<i>nevirapine</i>	101	NOVOFINE PLUS PEN		<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	37
<i>nevirapine er</i>	101	NEEDLE	128	<i>olopatadine hcl</i>	74
NEXLETOL	39	NOVOLIN 70/30	23	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	39
NEXLIZET	39	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	23	<i>omeprazole</i>	55
NEXPLANON	89	NOVOLIN 70/30 RELION	23	OMNIPOD 5 DEXG7G6	
<b>NIACIN</b>		NOVOLIN N	23	INTRO GEN 5	129
(ANTIHYPERLIPIDEMIC)		NOVOLIN N FLEXPEN	23	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS	
.....	39	NOVOLIN N RELION	23	GEN 5	129

OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5).....	129
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5).....	129
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6.....	129
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS.....	129
OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3).....	129
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	129
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4).....	129
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4).....	129
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	129
ONAPGO .....	28
<i>ondansetron</i> .....	26
<i>ondansetron hcl</i> .....	26
ONTRUZANT .....	12
ONUREG .....	12
OPDIVO.....	12
OPDIVO QVANTIG.....	12
OPDUALAG.....	12
OPIPZA.....	32
OPSUMIT .....	76
ORENCIA .....	64, 65
ORENCIA CLICKJECT .....	64
ORFADIN .....	150
ORGOVYX .....	60
ORLISSA .....	60
ORKAMBI .....	47
ORSERDU .....	12
<i>oseltamivir phosphate</i> .....	103
OTEZLA .....	65
<i>oxandrolone</i> .....	58
<i>oxcarbazepine</i> .....	93
<i>oxybutynin chloride</i> .....	57
<i>oxybutynin chloride er</i> .....	57
<i>oxycodone hcl</i> .....	78
<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	78
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	21
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	21
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	21
<b>P</b>	
<i>pacerone</i> .....	34
PACLITAXEL PROTEIN- BOUND PART.....	12
<i>paliperidone er</i> .....	32
PANRETIN .....	53
<i>pantoprazole sodium</i> .....	55
<i>paricalcitol</i> .....	42
<i>paromomycin sulfate</i> .....	27
<i>paroxetine hcl</i> .....	96
<i>paroxetine hcl er</i> .....	96
PAXLOVID.....	103
PAXLOVID (150/100).....	103
PAXLOVID (300/100).....	103
<i>pazopanib hcl</i> .....	12
PC UNIFINE PENTIPS .....	129
PEDIARIX .....	69
PEDVAX HIB .....	69
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> ..	56
<i>peg-3350/electrolytes</i> .....	56
PEGASYS .....	104
PEMAZYRE .....	12
<i>pemetrexed disodium</i> .....	13
PEMETREXED DISODIUM.13	
<i>pemetrexed ditromethamine</i> ..	13
PEMRYDI RTU .....	13
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP .....	129
PEN NEEDLES .....	129
PENBRAYA .....	69
<i>penicillamine</i> .....	79
<i>penicillin g potassium</i> .....	84
<i>penicillin g procaine</i> .....	84
<i>penicillin v potassium</i> .....	84
PENTACEL.....	69
<i>pentamidine isethionate</i> .....	27
PENTIPS .....	129
<b>PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES</b> .....	129
<i>pentoxifylline er</i> .....	149
<i>perindopril erbumine</i> .....	41
<i>periogard</i> .....	50
<i>permethrin</i> .....	54
<i>perphenazine</i> .....	32
<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	96
<b>PERSERIS</b> .....	32
<i>phenelzine sulfate</i> .....	96
<i>phenobarbital</i> .....	93
<i>phenytek</i> .....	93
<i>phenytoin</i> .....	93
<i>phenytoin sodium</i> .....	93
<i>phenytoin sodium extended</i> ..	93
<b>PIFELTRO</b> .....	101
<i>pilocarpine hcl</i> .....	50, 71
<i>pimecrolimus</i> .....	52
<i>pimozide</i> .....	32
<i>pimtrea</i> .....	89
<i>pioglitazone hcl</i> .....	21
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> .....	21
<b>PIP PEN NEEDLES 31G X 5MM</b> .....	129
<b>PIP PEN NEEDLES 32G X 4MM</b> .....	129
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i> .....	84
<b>PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)</b> .....	13
<b>PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)</b> .....	13
<b>PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)</b> .....	13
<i>pirfenidone</i> .....	47
<i>permella 1/35</i> .....	89
<i>permella 7/7/7</i> .....	89
<i>pitavastatin calcium</i> .....	39
<b>PLEGRIDY</b> .....	46
<b>PLEGRIDY STARTER PACK</b> .....	46

<i>plenamine</i>	34	PRENATABS FA	152	PROLIA	43
PNV PRENATAL PLUS		PRENATAL	152	PROMACTA	150
MULTIVITAMIN	151	PRENATAL 19	152	<i>promethazine hcl</i>	26
PNV TABS 29-1	151	PRENATAL PLUS IRON	152	<i>promethegan</i>	26
PNV-DHA+DOCUSATE	152	PRENATAL-U	152	<i>propafenone hcl</i>	34
PNV-OMEGA	152	PREPLUS	152	<i>propafenone hcl er</i>	34
<i>podofilox</i>	53	PRETAB	152	<i>propranolol hcl</i>	35
<i>polycin</i>	73	<i>prevalite</i>	39	<i>propranolol hcl er</i>	35
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	73	PREVENT DROPSAFE PEN		<i>propylthiouracil</i>	57
POMALYST	13	NEEDLES	130	PROQUAD	69
<i>portia-28</i>	89	PREVENT SAFETY PEN		<i>protriptyline hcl</i>	97
<i>posaconazole</i>	99	NEEDLES	130	PULMOZYME	150
<i>potassium chloride</i>	147	<i>previfem</i>	89	PURE COMFORT ALCOHOL	
<i>potassium chloride crys er</i>	147	PREVYMIS	103	PREP	131
<i>potassium chloride er</i>	147	PREZCOBIX	101	PURE COMFORT PEN	
<i>potassium citrate er</i>	148	PREZISTA	101	NEEDLE	131
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	28	PRIFTIN	99	PURE COMFORT SAFETY	
<i>prasugrel hcl</i>	149	PRIMAQUINE PHOSPHATE		PEN NEEDLE	131
<i>pravastatin sodium</i>	39	.....	27	PX SHORTLENGTH PEN	
<i>praziquantel</i>	27	<i>primidone</i>	93	NEEDLES	131
<i>prazosin hcl</i>	34	PRIORIX	69	<i>pyrazinamide</i>	99
PRECISION SUREDOS		PRO COMFORT ALCOHOL		<i>pyridostigmine bromide</i>	75
PLUS SYR	129, 130	.....	130	<i>pyrimethamine</i>	27
PRECISION SURE-DOSE		PRO COMFORT INSULIN		<b>Q</b>	
SYRINGE	130	SYRINGE	130, 131	QC ALCOHOL	131
<i>prednisolone</i>	59	PRO COMFORT PEN		QC ALCOHOL SWABS	131
<i>prednisolone acetate</i>	74	NEEDLES	131	QC BORDER ISLAND	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>		<i>probencid</i>	24	GAUZE	131
.....	59	PROCALAMINE	34	QINLOCK	13
<i>prednisone</i>	59	<i>prochlorperazine</i>	26	QUADRACEL	69
PREFERRED PLUS INSULIN		<i>prochlorperazine edisylate</i>	26,	<i>quetiapine fumarate</i>	32
SYRINGE	130	32		<i>quetiapine fumarate er</i>	32
PREFERRED PLUS UNIFINE		<i>prochlorperazine maleate</i>	26	QUICK TOUCH INSULIN	
PENTIPS	130	PROCTOFOAM HC	52	PEN NEEDLE	131, 132
<i>pregabalin</i>	93	<i>procto-med hc</i>	52	<i>quinapril hcl</i>	41
PREHEVBARIO	69	<i>procto-pak</i>	52	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	41
PREMARIN	58	<i>procosol hc</i>	52	<i>quinidine sulfate</i>	35
PREMPHASE	59	<i>proctozone-hc</i>	52	<i>quinine sulfate</i>	27
PREMPRO	59	PRODIGY INSULIN		QULIPTA	25
PRENA 1 TRUE	152	SYRINGE	131	<b>R</b>	
PRENAISSANCE	152	<i>progesterone</i>	61	RA ALCOHOL SWABS	132
PRENAISSANCE PLUS	152	PROGRAF	65	<i>ra clotrimazole</i>	99

RA INSULIN SYRINGE .....	132	REXULTI.....	32	S	
<i>ra isopropyl alcohol wipes</i> .....	132	REYATAZ .....	101	SAFETY INSULIN SYRINGES .....	133
RA PEN NEEDLES .....	132	REZLIDHIA.....	13	SAFETY PEN NEEDLES....	133
RA STERILE .....	132	REZUROCK .....	65	SANDIMMUNE.....	65
RABAVERT .....	69	RHOPRESSA.....	71	SANTYL .....	53
<i>rabeprazole sodium</i> .....	55	RIABNI .....	13	<i>sapropterin dihydrochloride</i> .150	
RALDESY .....	97	<i>ribavirin</i> .....	104	SAVELLA .....	46
<i>raloxifene hcl</i> .....	59	<i>rifabutin</i> .....	99	SAVELLA TITRATION PACK .....	46
<i>ramelteon</i> .....	43	<i>rifampin</i> .....	99	SB ALCOHOL PREP.....	133
<i>ramipril</i> .....	41	<i>riluzole</i> .....	46	SB INSULIN SYRINGE.....	133
<i>ranolazine er</i> .....	37	RINVOQ .....	65	SCEMBLIX .....	14
<i>rasagiline mesylate</i> .....	28	RINVOQ LQ .....	65	<i>scopolamine</i> .....	26
RASUVO .....	65	<i>risperidone</i> .....	32	SECUADO .....	32
RAYA SURE PEN NEEDLE .....	132	<i>risperidone microspheres er</i> ...32		SECURESAFE INSULIN SYRINGE .....	133
RAYALDEE .....	43	<i>ritonavir</i> .....	102	SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES .....	133
REALITY INSULIN SYRINGE .....	132	RITUXAN HYCELA.....	13	SELARSDI .....	65
REALITY SWABS .....	132	<i>rivastigmine</i> .....	20	SELECT-OB.....	152
<i>reclipsen</i> .....	89	<i>rivastigmine tartrate</i> .....	20	<i>selegiline hcl</i> .....	28
RECOMBIVAX HB .....	69	<i>rizatriptan benzoate</i> .....	25	<i>selenium sulfide</i> .....	54
RELENZA DISKHALER ....	103	ROCKLATAN .....	71	SELZENTRY .....	102
RELION ALCOHOL SWABS .....	132	<i>roflumilast</i> .....	47	SEMGLEE (YFGN) .....	23
RELION INSULIN SYRINGE .....	133	ROMVIMZA.....	13	SE-NATAL 19.....	152
RELI-ON INSULIN SYRINGE .....	132, 133	<i>ropinirole hcl</i> .....	28	SEREVENT DISKUS .....	50
RELION MINI PEN NEEDLES .....	133	<i>ropinirole hcl er</i> .....	28	SEROSTIM .....	60
RELION PEN NEEDLES ...	133	<i>rosadan</i> .....	54	<i>sertraline hcl</i> .....	97
<i>repaglinide</i> .....	21	<i>rosuvastatin calcium</i> .....	39	<i>setlakin</i> .....	89
REPATHA .....	39	ROTARIX .....	69	<i>sevelamer carbonate</i> .....	56
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM .....	39	ROTATEQ .....	70	<i>sevelamer hcl</i> .....	56
REPATHA SURECLICK .....	39	ROZLYTREK .....	13, 14	SEZABY .....	93
RESTORE CONTACT LAYER .....	133	RUBRACA.....	14	<i>sf 5000 plus</i> .....	50
RETACRIT .....	150	<i>rufinamide</i> .....	93	<i>sharobel</i> .....	89
RETEVMO.....	13	RUKOBIA.....	102	SHINGRIX .....	70
RETROVIR.....	101	RUXIENCE.....	14	SIGNIFOR.....	61
REVUFORJ.....	13	RYBELSUS.....	21	<i>sildenafil citrate</i> .....	76
		RYBELSUS (FORMULATION R2) .....	21	<i>silver sulfadiazine</i> .....	54
		RYBREVANT.....	14	SIMBRINZA .....	71
		RYDAPT .....	14	<i>simliya</i> .....	89
		RYKINDO.....	32	<i>simvastatin</i> .....	40
		RYTELO .....	14		

<i>sirolimus</i>	65	<i>subvenite</i>	93	<i>tamoxifen citrate</i>	14
SIRTURO	99	<i>sucralfate</i>	55	<i>tamsulosin hcl</i>	57
SKYLA	89	<i>sulfacetamide sodium</i>	73	<i>tarina 24 fe</i>	90
SKYRIZI	65, 66	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	73	<i>tarina fe 1/20 eq.</i>	90
SKYRIZI (150 MG DOSE)	65	<i>sulfadiazine</i>	85	TARON-C DHA	152
SKYRIZI PEN	65	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	85	TARON-PREX	152
SM ALCOHOL PREP	133, 134	<i>sulfasalazine</i>	42	TASIGNA	14
SM GAUZE	134	<i>sulindac</i>	77	TAVNEOS	66
<i>sodium chloride</i>	148	<i>sumatriptan</i>	25	<i>tazarotene</i>	54
<i>sodium fluoride</i>	51	<i>sumatriptan succinate</i>	25	<i>tazicef</i>	82
SODIUM FLUORIDE 5000		<i>sumatriptan succinate refill</i>	25	TAZICEF	82
SENSITIVE	51	<i>sunitinib malate</i>	14	<i>taztia xt</i>	36
<i>sodium oxybate</i>	43	SUNLENCA	102	TAZVERIK	14
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	55	SURE COMFORT ALCOHOL		TDVAX	70
<i>solifenacin succinate</i>	57	PREP	134	TECHLITE INSULIN	
SOLIQUA	23	SURE COMFORT INSULIN		SYRINGE	135
SOLTAMOX	14	SYRINGE	134, 135	TECHLITE PEN NEEDLES	135
SOMATULINE DEPOT	61	SURE COMFORT PEN		TECVAYLI	14
SOMAVERT	61	NEEDLES	135	TEFLARO	82
<i>sorafenib tosylate</i>	14	SURE-JECT INSULIN		<i>telmisartan</i>	37
<i>sorine</i>	35	SYRINGE	135	<i>telmisartan-hctz</i>	37
<i>sotalol hcl</i>	35	SURE-PREP ALCOHOL PREP		<i>temazepam</i>	19
<i>sotalol hcl (af)</i>	35	.....	135	TEMIXYS	102
SPIRIVA RESPIMAT	50	SURGICAL GAUZE SPONGE		TENIVAC	70
<i>spironolactone</i>	40	.....	135	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	102
<i>spironolactone-hctz</i>	40	SUTAB	56	TEPMETKO	14
SPRAVATO (56 MG DOSE)	97	SYMPAZAN	93	<i>terazosin hcl</i>	57
SPRAVATO (84 MG DOSE)	97	SYMTUZA	102	<i>terbinafine hcl</i>	99
sprintec 28	89	SYNJARDY	21	<i>terconazole</i>	79
SPRITAM	93	SYNJARDY XR	21	TERIPARATIDE	43
<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i>	55	SYNRIBO	14	TERUMO INSULIN SYRINGE	
<i>sronyx</i>	90	T		.....	135
<i>ssd</i>	54	TABLOID	14	<i>testosterone</i>	58
STELARA	66	TABRECTA	14	<i>testosterone cypionate</i>	58
STERILE	134	<i>tacrolimus</i>	52, 66	<i>testosterone enanthate</i>	58
STERILE GAUZE	134	<i>tadalafil</i>	76	<i>tetrabenazine</i>	46
STIOLTO RESPIMAT	50	TAFINLAR	14	<i>tetracycline hcl</i>	85
STIVARGA	14	<i>tafluprost (pf)</i>	71	TEVIMBRA	15
STRENSIQ	150	TAGRISSO	14	THALOMID	75
<i>streptomycin sulfate</i>	80	TALVEY	14	<i>theophylline</i>	50
STRIBILD	102	TALZENNA	14	<i>theophylline er</i>	50
STRIVERDI RESPIMAT	50				

THERAGAUZE .....	135	TRADJENTA.....	22	<i>tri-nymyo</i> .....	90
<i>thioridazine hcl</i> .....	32	<i>tramadol hcl</i> .....	79	<i>tri-previfem</i> .....	90
<i>thiothixene</i> .....	32	TRAMADOL HCL .....	79	<i>tri-sprintec</i> .....	90
<i>tiadylt er</i> .....	36	<i>tramadol-acetaminophen</i> .....	79	TRIUMEQ .....	102
<i>tiagabine hcl</i> .....	94	<i>trandolapril</i> .....	41	TRIUMEQ PD .....	102
TIBSOVO.....	15	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i> .....	41	TRIVEEN-DUO DHA .....	152
TICE BCG.....	15	<i>tranexamic acid</i> .....	148	<i>trivora</i> (28) .....	90
TICOVAC .....	70	<i>tranylcypromine sulfate</i> .....	97	<i>tri-vylibra</i> .....	90
TIGECYCLINE .....	85	<i>travoprost (bak free)</i> .....	71	<i>tri-vylibra lo</i> .....	90
TIGLUTIK .....	46	TRAZIMERA.....	15	TRIZIVIR .....	102
<i>tilia fe</i> .....	90	<i>trazodone hcl</i> .....	97	TROGARZO .....	102
<i>timolol hemihydrate</i> .....	71	TRECATOR.....	99	<i>trospium chloride</i> .....	57
<i>timolol maleate</i> .....	35, 71	TRELEGY ELLIPTA.....	50	<i>trospium chloride er</i> .....	57
<i>tinidazole</i> .....	27	TRELSTAR MIXJECT .....	15	TRUE COMFORT ALCOHOL PREP PADS .....	136
<i>tiotropium bromide monohydrate</i> .....	50	TREMFYA .....	66	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE .....	136, 137
TIVDAK.....	15	TREMFYA ONE-PRESS .....	66	TRUE COMFORT PEN NEEDLES .....	137
TIVICAY .....	102	TREMFYA PEN .....	66	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP .....	137
TIVICAY PD .....	102	TRESIBA .....	24	TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR .....	137
<i>tizanidine hcl</i> .....	151	TRESIBA FLEXTOUCH.....	24	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES .....	137
TOBI PODHALER .....	80	<i>tretinooin</i> .....	15, 54	TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES .....	138
<i>tobramycin</i> .....	73, 80	<i>tri femynor</i> .....	90	TRUEPLUS INSULIN SYRINGE .....	138, 139
<i>tobramycin pak</i> .....	80	<i>triamcinolone acetonide</i> .....	51, 52, 53, 59	TRUEPLUS PEN NEEDLES .....	139
<i>tobramycin sulfate</i> .....	80	<i>triamterene-hctz</i> .....	40	TRULICITY .....	22
<i>tobramycin-dexamethasone</i> ....	73	<i>triazolam</i> .....	19	TRUMENBA.....	70
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES .....	135	<i>trientine hcl</i> .....	79	TRUQAP .....	15
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE.....	136	<i>tri-estarrylla</i> .....	90	TRUXIMA .....	15
<i>tolterodine tartrate</i> .....	57	<i>trifluoperazine hcl</i> .....	33	TUKYSA .....	15
<i>tolterodine tartrate er</i> .....	57	<i>trifluridine</i> .....	73	TURALIO.....	15
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES .....	136	<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	28	<i>turqoz</i> .....	90
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR .....	136	TRIJARDY XR .....	22	TWINRIX .....	70
<i>topiramate</i> .....	94	<i>tri-legest fe</i> .....	90	TYBOST .....	75
<i>toposar</i> .....	15	<i>tri-linyah</i> .....	90	TYENNE .....	66
<i>toremifene citrate</i> .....	15	<i>tri-lo-estarrylla</i> .....	90	TYMLOS.....	43
<i>torpenz</i> .....	15	<i>tri-lo-marzia</i> .....	90		
<i>torsemide</i> .....	40	<i>tri-lo-mili</i> .....	90		
TOUJEON MAX SOLOSTAR.23		<i>tri-lo-sprintec</i> .....	90		
TOUJEON SOLOSTAR .....	23	<i>trimethobenzamide hcl</i> .....	26		
		<i>trimethoprim</i> .....	81		
		<i>tri-mili</i> .....	90		
		<i>trimipramine maleate</i> .....	97		
		TRINTELLIX.....	97		

TYPHIM VI .....	70
<b>U</b>	
UBRELVY .....	25
ULTICARE INSULIN	
SAFETY SYR.....	139
ULTICARE INSULIN	
SYRINGE.....	139, 140
ULTICARE MICRO PEN	
NEEDLES .....	140
ULTICARE MINI PEN	
NEEDLES .....	140
ULTICARE PEN NEEDLES	
.....	140
ULTICARE SHORT PEN	
NEEDLES .....	140
ULTIGUARD SAFEPACK	
PEN NEEDLE.....	141
ULTIGUARD SAFEPACK	
SYR/NEEDLE .....	141
ULTILET ALCOHOL SWABS	
.....	141
ULTILET INSULIN SYRINGE	
.....	141, 142
ULTILET INSULIN SYRINGE	
SHORT.....	142
ULTILET PEN NEEDLE ....	142
ULTRA COMFORT INSULIN	
SYRINGE.....	142
ULTRA FLO INSULIN PEN	
NEEDLES .....	142, 143
ULTRA FLO INSULIN SYR	
1/2 UNIT .....	143
ULTRA FLO INSULIN	
SYRINGE.....	143
ULTRA THIN PEN NEEDLES	
.....	144
ULTRACARE INSULIN	
SYRINGE.....	144
ULTRACARE PEN NEEDLES	
.....	144
ULTRA-COMFORT INSULIN	
SYRINGE.....	144
ULTRA-THIN II INS SYR	
SHORT.....	144, 145
ULTRA-THIN II INSULIN	
SYRINGE.....	145
ULTRA-THIN II MINI PEN	
NEEDLE .....	145
ULTRA-THIN II PEN	
NEEDLE SHORT .....	145
ULTRA-THIN II PEN	
NEEDLES .....	145
UNIFINE OTC PEN NEEDLES	
.....	145
UNIFINE PEN NEEDLES...	145
UNIFINE PENTIPS .....	145
UNIFINE PENTIPS PLUS ..	145
UNIFINE PROTECT PEN	
NEEDLE .....	145
UNIFINE SAFECONTROL	
PEN NEEDLE.....	145, 146
UNIFINE ULTRA PEN	
NEEDLE .....	146
UPTRAVI.....	76
UPTRAVI TITRATION .....	76
ursodiol.....	56
URSODIOL.....	56
UZEDY .....	33
<b>V</b>	
<i>valacyclovir hcl</i> .....	104
VALCHLOR .....	53
<i>valganciclovir hcl</i> .....	104
<i>valproate sodium</i> .....	94
<i>valproic acid</i> .....	94
<i>valsartan</i> .....	37
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	
.....	38
VALTOCO 10 MG DOSE .....	94
VALTOCO 15 MG DOSE .....	94
VALTOCO 20 MG DOSE .....	94
VALTOCO 5 MG DOSE .....	94
<i>valtya 1/50</i> .....	90
VALUE HEALTH INSULIN	
SYRINGE.....	146
<i>vancomycin hcl</i> .....	81
VANCOMYCIN HCL.....	81
VANFLYTA.....	15
VANISHPOINT INSULIN	
SYRINGE.....	146
VAQTA .....	70
<i>varenicline tartrate</i> .....	18
VARENICLINE TARTRATE	18
<i>varenicline tartrate (starter)</i> ..	18
VARIVAX .....	70
VAXCHORA .....	70
VEGZELMA .....	15
VELTASSA.....	56
VEMLIDY .....	102
VENCLEXTA .....	15
VENCLEXTA STARTING	
PACK .....	15
<i>venlafaxine hcl</i> .....	97
<i>venlafaxine hcl er</i> .....	97
VENNGEL ONE .....	77
VEOZAH .....	75
<i>verapamil hcl</i> .....	36
<i>verapamil hcl er</i> .....	36
VERAPAMIL HCL ER.....	36
VERIFINE INSULIN PEN	
NEEDLE .....	146
VERIFINE INSULIN	
SYRINGE.....	146, 147
VERIFINE PLUS PEN	
NEEDLE .....	147
VERQUVO .....	37
VERSACLOZ .....	33
VERZENIO .....	15
V-GO 20 .....	147
V-GO 30 .....	147
V-GO 40 .....	147
vienna .....	90
<i>vigabatrin</i> .....	94
<i>vigadrone</i> .....	94
<i>vigpoder</i> .....	94
<i>vilazodone hcl</i> .....	97
VIMKUNYA .....	70

<i>vinorelbine tartrate</i>	16
<i>viorele</i>	90
VIRACEPT	102
VIREAD	102
VIRT-C DHA	152
VIRT-NATE DHA	152
VIRT-PN DHA	152
VIRT-PN PLUS	152
VITAFOL GUMMIES	153
VITAFOL-NANO	153
VITAFOL-OB+DHA	153
VITRAKVI	16
VIVIMUSTA	16
VIVOTIF	70
VIZIMPRO	16
VOCABRIA	102
<i>volnea</i>	90
VONJO	16
VORANIGO	16
<i>voriconazole</i>	99
VOSEVI	103
VOWST	75
VP INSULIN SYRINGE	147
VP-PNV-DHA	153
VRAYLAR	33
VUMERTY	46
VYALEV	28
<i>vylibra</i>	90
VYLOY	16
VYZULTA	71
<b>W</b>	
<i>warfarin sodium</i>	149
WEBCOL ALCOHOL PREP	
LARGE	147
WEGMANS UNIFINE	
PENTIPS PLUS	147
WELIREG	16
WINREVAIR	47
<i>wixela inhub</i>	49
<b>X</b>	
XALKORI	16
<i>xarah fe</i>	90
XARELTO	149
XARELTO STARTER PACK	149
XATMEP	16
XCOPRI	94
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	94
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	94
XDEMVY	73
XELJANZ	66
XELJANZ XR	66
XERMELO	56
XGEVA	43
XIFAXAN	81
XIGDUO XR	22
XiIDRA	74
XOFLUZA (40 MG DOSE)	103
XOFLUZA (80 MG DOSE)	103
XOLAIR	48
XOSPATA	16
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	16
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	16
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	16
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	16
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	16
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	17
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	17
XTANDI	17
<i>xulane</i>	90
XULTOPHY	24
XYOSTED	58
<b>Y</b>	
YERVOY	17
YESINTEK	66, 67
YF-VAX	70
YONSA	17
YUFLYMA (1 PEN)	67
YUFLYMA (2 SYRINGE)	67
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER	67
<i>yuvafem</i>	59
<b>Z</b>	
<i>zafemy</i>	91
<i>zaflirlukast</i>	49
<i>zaleplon</i>	43
ZATEAN-PN DHA	153
ZATEAN-PN PLUS	153
ZEGALOGUE	75
ZEJULA	17
ZELBORAF	17
<i>zenatane</i>	53
ZENPEP	151
ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD	147
<i>zidovudine</i>	102
ZIIHERA	17
<i>ziprasidone hcl</i>	33
<i>ziprasidone mesylate</i>	33
ZIRABEV	17
ZIRGAN	73
ZOLADEX	17
ZOLINZA	17
<i>zolpidem tartrate</i>	43
<i>zolpidem tartrate er</i>	43
ZONISADE	94
<i>zonisamide</i>	94
<i>zovia 1/35 (28)</i>	91
<i>zovia 1/35e (28)</i>	91
ZTALMY	94
ZTLIDO	79
ZURZUVAE	97
ZYDELIG	17
ZYKADIA	17
ZYLET	73
ZYNLONTA	17
ZYNYZ	17

ZYPREXA RELPREVV.....33