

# 2024

# Formulario de Medicamentos Recetados

Este formulario se actualizó el 06/01/2024. Para obtener la información más reciente o si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Servicios para Miembros de **BayCarePlus**<sup>®</sup> al (866) 509-5396 (TTY: 711) de 8am a pm, o visite [Member.BayCarePlus.org](http://Member.BayCarePlus.org). Los fines de semana, del 1 ro de abril al 30 de septiembre, y los días festivos, podrá acceder a un servicio de mensajería. Deje un mensaje y le devolveremos la llamada el siguiente día laboral.



**Medicare Advantage**

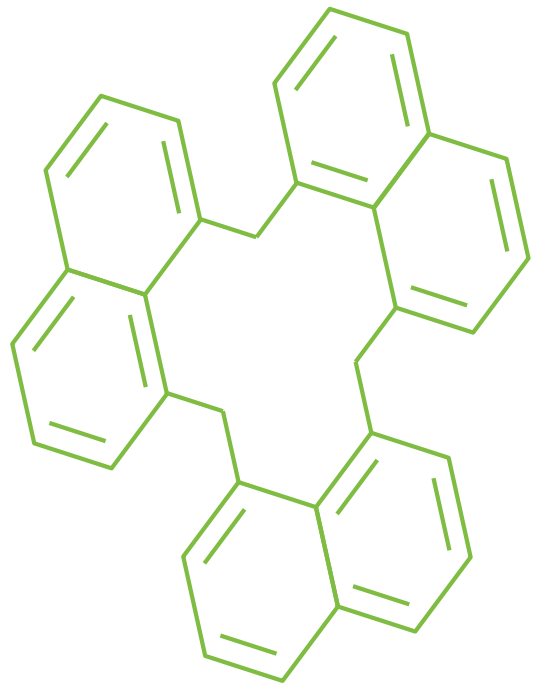
**BayCarePlus Rewards (HMO)**

**BayCarePlus Value (HMO)**

**BayCarePlus Complete (HMO)**

**BayCarePlus Premier (HMO)**

**BayCarePlus Freedom (HMO-POS)**



**Al Servicio de los Condados de Hillsborough,  
Pasco, Pinellas y Polk**

# **BayCare Health Plans (HMO)**

## **Formulario 2024**

### **(Lista de medicamentos cubiertos)**

**FAVOR DE LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE  
INFORMACIÓN ACERCA DE LOS  
MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

**Nota para los miembros actuales:** Este formulario ha cambiado desde el año pasado.

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicio de atención a los miembros para obtener más información.

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si la insulina no se considera Insulina selecta en el Formulario de medicamentos con receta del plan.

Examine detenidamente este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que usted toma. Cuando en esta lista de medicamentos (formulario) aparezca "nosotros" o "nuestros" se refiere a **Baycare** Health Care Advantage (HMO). Cuando aparezca "plan" o "nuestro plan", se refiere a **Baycare** Health Care Advantage (HMO)

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan que está vigente a partir de junio 2024. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de nuestra última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Por lo general, debe hacer uso de las farmacias de la red para utilizar su beneficio de medicamento con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024 y cada cierto tiempo durante el año.

Identificador de envío del archivo de formulario aprobado por el Sistema de Gestión de Planes de Salud (Health Plan Management System, HPMS)00024086 Versión número 10

H2235\_24-012\_C

06/01/2024

## **¿Qué es el formulario de Baycare Health Care Advantage (HMO)?**

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nosotros en consulta con un equipo de proveedores de servicios de salud, y que representa las terapias de recetas médicas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en nuestro formulario mientras el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red del plan y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, consulte su evidencia de cobertura.

## **¿El formulario (lista de medicamentos) puede cambiar?**

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos en la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare para estos cambios.

**Cambios que pueden afectarle este año:** En algunos casos, usted se verá afectado por el cambio de cobertura durante el año:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Puede que retiremos de inmediato un medicamento de marca comercial de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo que aparecerá en el nivel del mismo costo compartido o a un costo menor con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el medicamento genérico nuevo, puede que decidamos mantener el medicamento de marca comercial en nuestra lista de medicamentos, pero de inmediato lo cambiaremos a un nivel de costo compartido diferente o agregaremos nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca comercial, puede que no le informemos por anticipado antes de que hagamos ese cambio, pero más adelante le daremos la información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.
  - Si hacemos dicho cambio, usted o la persona que recetó el medicamento pueden solicitarnos que hagamos una excepción para

que sigamos cubriendo el medicamento de marca comercial. El aviso que le daremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y, además, puede encontrar información en la siguiente sección que se titula: “¿Cómo solicitar una excepción al formulario de Baycare Health Care Advantage (HMO)?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** En caso de que la Administración de Alimentos y Medicamentos determine que uno de los medicamentos de nuestro formulario es inseguro, o de que el fabricante del medicamento lo retire del mercado, eliminaremos de inmediato el medicamento de nuestro formulario y le daremos aviso a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podríamos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca incluido actualmente en el formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o ambos. O puede que hagamos cambios de acuerdo a nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, o les añadimos requisitos de autorización previa, límite de cantidad o restricciones de terapia escalonada, o si movemos un medicamento a un nivel más alto de costo compartido, debemos notificarles el cambio a los miembros afectados, por lo menos, 30 días antes de que el cambio entre en vigor, o en el momento en el que el miembro solicite un nuevo surtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un surtido del medicamento para 30 días..
  - Si hacemos estos otros cambios, usted o la persona que recetó el medicamento pueden solicitarnos que hagamos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento de marca comercial. El aviso que le daremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y, además, puede encontrar información en la siguiente sección que se titula: “¿Cómo solicitar una excepción al formulario de Baycare Health Care Advantage (HMO)?”.

**Cambios que no lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento.**

En general, si está tomando un medicamento incluido en nuestro formulario 2024 que estaba cubierto al iniciar el año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto como se describió anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los toman por el resto del año de cobertura. No recibirá notificaciones directas este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del siguiente año, estos cambios podrían afectarlo, y es importante que revise la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para comprobar si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente a partir de junio 2024. Para obtener información actualizada sobre los fármacos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Verifique nuestra información de contacto en la portada y contraportada de este directorio. Si hacemos otros tipos de cambios en el formulario aparte de aquellos que se mencionaron anteriormente, que no sean de mantenimiento, les enviaremos por correo un aviso escrito a los miembros afectados a través de hojas de errata del formulario.

### **¿Cómo uso el formulario?**

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

#### **Trastorno médico**

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos de este formulario están agrupados en categorías, dependiendo del tipo de trastorno médico en cuyo tratamiento se usan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar un trastorno cardíaco aparecen bajo la categoría "Agentes cardiovasculares". Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página número 1. Después, busque el nombre de su medicamento dentro de esa categoría.

#### **Lista por orden alfabético**

Si no está seguro de la categoría en la que debe buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página I-1. El índice tiene un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. En

el índice se incluyen tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Busque en el índice para encontrar su medicamento. Junto a su medicamento verá el número de página en el que puede encontrar la información sobre la cobertura. Vaya a la página que aparece en el índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

### ¿Qué son medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico es uno que es aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) por contar con el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

### ¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Exigimos que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará recibir nuestra aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que cubrimos. Por ejemplo, en el caso del sumatriptan 50 mg en comprimidos, suministramos dieciocho por receta. Esto podría ser además del suministro estándar para un mes o para tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, exigimos que primero trate su afección médica con ciertos medicamentos antes de cubrir otro medicamento para la misma afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B sirven para tratar su trastorno médico, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, cubriremos entonces el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites, buscando en el formulario que comienza en la página 1. En nuestro sitio de internet también puede obtener más información acerca de las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos. Hemos publicado en internet documentos que explican nuestras restricciones sobre la autorización previa y la terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de nuestra última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Puede solicitarnos que hagamos una excepción a esas restricciones o límites, y también puede pedir una lista de otros medicamentos similares que pueden tratar su trastorno. Consulte la sección "**¿Cómo solicito una excepción al formulario de Baycare Health Care Advantage?**" en la página iv para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

### **¿Qué ocurre si mi medicamento no está en el formulario?**

Si su medicamento no está incluido en el formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si descubre que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicio de Atención al Cliente una lista de medicamentos similares que cubra nuestro plan. Cuando reciba esta lista, muéstrele a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra nuestro plan.
- Puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento. A continuación, presentamos información sobre cómo solicitar una excepción.

### **¿Cómo solicito una excepción al formulario de Baycare Health Care Advantage?**

Puede solicitarnos que hagamos una excepción a nuestras reglas de cobertura.



Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro formulario. De aprobarse, este medicamento se cubrirá a un nivel predeterminado de costo compartido, y usted no podría pedirnos que surtamos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, si el medicamento no está en el nivel especializado (Nivel 5). De ser aprobado, esto disminuiría la cantidad que debe pagar por el medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos las restricciones o límites de cobertura a su medicamento. Por ejemplo, en el caso de ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no apliquemos el límite y que cubramos una mayor cantidad.

Por lo general, solo aprobaremos su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el nivel más bajo de costo compartido o las restricciones adicionales de uso no serían tan efectivos para tratar su enfermedad o le pudieran causar efectos secundarios negativos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura inicial en relación con excepciones en el formulario, los niveles o las restricciones de utilización. **Cuando solicita una excepción en el formulario, los niveles o las restricciones de utilización, debe enviar una declaración de la persona autorizada a dar recetas o médico que respalda su solicitud.** En general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas siguientes a que recibamos la declaración de respaldo de quien le receta el medicamento. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico creen que su salud puede sufrir daños graves al esperar 72 horas por una decisión. Si se le concede su solicitud acelerada, debemos emitir nuestra decisión en no más de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico o de la persona

que le receta el medicamento.

## **¿Qué hago antes de que pueda hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?**

Como un miembro nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que usted esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O bien, es posible que tome un medicamento que está en nuestro formulario, pero su capacidad de obtenerlo es limitada. Por ejemplo, puede necesitar una autorización previa nuestra antes de surtir su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que esté cubierto, o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que usted toma. Mientras usted habla con su médico para determinar el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

Para cada medicamento que no está en nuestro formulario, o si su capacidad de obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un surtido temporal de 30 días. Si su receta está hecha para menos días, permitiremos resurtidos para proveerlo por un máximo de 30 días de surtido de medicamento. Después de su primer surtido para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si vive en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad de obtener sus medicamentos es limitada, pero ya superó los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un surtido de emergencia de 31 días del medicamento, mientras consigue una excepción del formulario.

Los miembros que tengan algún cambio en el nivel de atención (entorno) tendrán permitido un surtido de transición único de hasta 30 días por medicamento. Los ejemplos incluyen a los beneficiarios que ingresan a un centro de cuidados a largo plazo, son dados de alta de un hospital hacia su casa o terminan su estadía en un centro de cuidados a largo plazo y regresan a la comunidad.

## **Para obtener más información**

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos

recetados de Baycare Health Care Advantage, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Baycare Health Care Advantage, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de nuestra última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de 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 <http://www.medicare.gov>.

## **Formulario de BayCare Health Plans**

El siguiente formulario proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por Baycare Health Care Advantage. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página I-1.

La primera columna de la tabla presenta una lista con el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (por ejemplo, HUMIRA) y los genéricos aparecen en cursivas minúsculas (por ejemplo, warfarina).

La información de la columna Requisitos/Límites le indica si Baycare Health Care Advantage tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

## **Lista de abreviaturas**

**CB:** Beneficio limitado. En el caso de los medicamentos que no suelen estar cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare, limitamos la cantidad del medicamento que cubrirá el plan. Por ejemplo, en el caso del *sildenafil*, suministramos seis tabletas por receta para 30 días.

**EX:** Este medicamento recetado no suele estar cubierto por un plan de medicamentos recetados de Medicare. La suma que paga cuando surte una receta de este medicamento no cuenta en el total del costo del medicamento (es decir, la suma que paga no lo ayuda a calificar para la cobertura catastrófica).

Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus recetas, usted no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.

**LA:** Acceso Limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su directorio de proveedores o llame sin costo a Servicio de Atención al Cliente al 1-866-509-5396 de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Puede que lo atienda el servicio de contestadora los fines de semana y días festivos, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Deje un mensaje y se le devolverá la llamada el siguiente día hábil. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

**NDS:** Suministro de días no extendido. Sólo puede recibir un suministro de este medicamento para un mes o menos. No puede surtir una receta por más de un mes.

**NM:** Orden que no se realiza por correo (Non-Mail Order). La receta no se puede surtir en una farmacia de órdenes por correo de la red del plan.

**PA:** Autorización previa. Exigimos que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará recibir la aprobación de Baycare Health Care Advantage antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

**PA BvD:** Autorización Previa para la determinación de la Parte B vs. la Parte D. Este medicamento recetado tiene un requisito administrativo de autorización previa de la Parte B vs. la Parte D. Exigimos que usted o su médico obtengan una autorización previa nuestra para determinar si la Parte D de Medicare cubre este medicamento antes de surtir su receta de este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que el plan no cubra este medicamento.

**PA NSO:** Autorización previa, solamente para nuevos comienzos. Si es un miembro nuevo o si no ha tomado este medicamento antes, usted o su médico deben obtener una autorización previa de **BayCare** Health Plans antes de surtir la receta de este medicamento. Sin una aprobación previa, el

plan podría no cubrir este medicamento.

**QL:** Límite de cantidad. En el caso de ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que cubrirá el plan. Por ejemplo, surtimos dieciocho tabletas por cada receta *sumatriptán succinato*. Esto puede ser adicional a un surtido estándar para uno o tres meses.

**SI:** Las insulinas que forman parte del Programa de Ahorro en Insulina y, por lo tanto, incurrirán en copagos bajos y constantes a lo largo del período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre las insulinas selectas, incluida la información completa sobre el costo compartido. NOTA: Este beneficio de la Parte D NO cubre la insulina administrada a través de una bomba de insulina de equipo duradero; según Medicare, dicha insulina estaría cubierta por la Parte B de Medicare.

**ST:** Terapia escalonada. En algunos casos, exigimos que primero trate su afección médica con ciertos medicamentos antes de cubrir otro medicamento para la misma afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B sirven para tratar su trastorno médico, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá el medicamento B.

Consulte la información a continuación sobre los montos de copago o los porcentajes de coseguro. Para más información, consulte el Capítulo 6, Sección 5.2 y Sección 5.4 de la Evidencia de cobertura.

<b>Nivel de gastos compartidos</b>	<b>Gastos compartidos minoristas estándar o para atención a largo plazo para un suministro de un mes en una farmacia de la red</b>	<b>Gastos compartidos minoristas estándar para un suministro de tres meses en una farmacia de la red</b>	<b>Gastos compartidos por pedido por correo para un suministro de tres meses</b>
<b>BayCarePlus Complete (HMO)</b>			
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3	\$9	\$0
Nivel 2: Insulinas selectas	\$3	\$9	\$0
Nivel 3: medicamentos de marca preferida	\$35	\$105	\$95
Nivel 3: Insulinas selectas	\$35	\$105	\$95
Nivel 4: medicamentos de marca no preferida	\$85	\$255	\$245
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	33%	El suministro para tres meses no está disponible para medicamentos del nivel 5	El suministro para tres meses no está disponible para medicamentos del nivel 5
<b>BayCarePlus Rewards (HMO)</b>			
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10	\$30	\$0

Nivel 3: medicamentos de marca preferida	\$47	\$141	\$125
Nivel 3: Insulinas selectas	\$35	\$105	\$105
Nivel 4: medicamentos de marca no preferida	\$100	\$300	\$275
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	33%	El suministro para tres meses no está disponible para medicamentos del nivel 5	El suministro para tres meses no está disponible para medicamentos del nivel 5
<b>BayCarePlus Premier (HMO)</b>			
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Insulinas selectas	\$0	\$0	\$0
Nivel 3: medicamentos de marca preferida	\$30	\$90	\$80
Nivel 3: Insulinas selectas	\$30	\$90	\$80
Nivel 4: medicamentos de marca no preferida	\$85	\$255	\$245
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	33%	El suministro para tres meses no está disponible para medicamentos del nivel 5	El suministro para tres meses no está disponible para medicamentos del nivel 5
<b>BayCarePlus Value (HMO)</b>			
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10	\$30	\$0
Nivel 2: Insulinas selectas	\$10	\$30	N/A

Nivel 3: medicamentos de marca preferida	\$47	\$141	\$125
Nivel 3: Insulinas selectas	\$35	\$105	\$105
Nivel 4: medicamentos de marca no preferida	\$100	\$300	\$275
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	33%	El suministro para tres meses no está disponible para medicamentos del nivel 5	El suministro para tres meses no está disponible para medicamentos del nivel 5
<b>BayCarePlus Freedom (HMO-POS)</b>			
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3	\$9	\$0
Nivel 2: Insulinas selectas	\$3	\$9	\$0
Nivel 3: medicamentos de marca preferida	\$35	\$105	\$95
Nivel 3: Insulinas selectas	\$35	\$105	\$95
Nivel 4: medicamentos de marca no preferida	\$85	\$255	\$245
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	33%	El suministro para tres meses no está disponible para medicamentos del nivel 5	El suministro para tres meses no está disponible para medicamentos del nivel 5



## Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer .....	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias .....	5
Agentes Antiansiedad .....	6
Agentes Antidemencia .....	6
Agentes Antidiabetico .....	6
Agentes Antigota .....	8
Agentes Antimigraña .....	8
Agentes Antinausea .....	8
Agentes Antiparasitarios .....	8
Agentes Antiparkinson .....	9
Agentes Antipsicóticos .....	9
Agentes Calóricos .....	11
Agentes Cardiovasculares .....	11
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria .....	15
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica .....	15
Agentes De Trastorno De Sueño .....	15
Agentes Del Sistema Nervioso Central .....	16
Agentes Del Tracto Respiratorio .....	17
Agentes Dentales Y Orales .....	19
Agentes Dermatológicos .....	19
Agentes Gastrointestinales .....	21
Agentes Genitourinarios .....	22
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador .....	22
Agentes Inmunológicos .....	24
Agentes Oftálmicos .....	27
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta .....	28
Agentes Terapeuticos Misceláneos .....	29
Agentes Vasodilatadores .....	29
Analgésicos .....	29
Anestésicos .....	31
Antagonistas De Metales Pesados .....	31
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa) .....	32
Antibacterianos .....	32
Anticonceptivos .....	34
Anticonvulsivos .....	36
Antidepresivos .....	38

Antifúngicos.....	39
Antihistamínicos.....	39
Antimicobacteriales.....	39
Antivirales (Sitémico).....	40
Dispositivos.....	41
Preparaciones De Reemplazo.....	62
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	62
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	64
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	64
Vitaminas Y Minerales.....	64

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Anti Cáncer</b>		
<b>Agentes Anti Cáncer</b>		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	2	
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA NSO; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	PA BvD; ST
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	4	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	4	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	4	PA NSO
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	2	
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	2	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	2	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	2	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	4	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	2	PA NSO
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA NSO; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA BvD; ST
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (3 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5	NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NDS

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b>		
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b>		
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Antiansiedad</b>		
<b>Benzodiazepinas</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 extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 3 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<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, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<b>Agentes Antidemencia</b>		
<b>Agentes Antidemencia</b>		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes Antidiabetico</b>		
<b>Agentes Antidiabeticos, Varios</b>		
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i>	2	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA NSO; QL (3 per 28 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	3	PA NSO; QL (30 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	PA NSO; QL (2 per 28 days)
<b>Insulinas</b>		
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	2	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	2	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (13.5 per 28 days)
<b>Sulfonilureas</b>		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Antigota</b>		
<b>Agentes Antigota, Otros</b>		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	2	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes Antimigraña</b>		
<b>Agentes Antimigraña</b>		
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	3	PA; QL (3 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	2	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 subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i>	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	2	QL (4 per 28 days)
<b>Agentes Antinausea</b>		
<b>Agentes Antinausea</b>		
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>promethegan rectal suppository 25 mg, 50 mg</i>	2	
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	2	



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	2	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	2	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	2	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	2	
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	2	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	2	ST; QL (60 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	2	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 150 mg</i>	2	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	5	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NDS; QL (0.75 per 21 days)

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NDS; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NDS; QL (2.63 per 70 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	5	NDS; QL (1 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	2	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	2	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	5	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	2	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	2	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	5	NDS; QL (0.28 per 28 days)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	5	NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	5	NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	5	NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	5	NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
<b>Agentes Calóricos</b>		
<b>Agentes Calóricos</b>		
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	4	PA BvD
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	PA BvD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	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	
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<b>Agentes Antiarrítmicos</b>		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	
<b>MULTAQ ORAL TABLET 400 MG</b>	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	2	
<b>Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos</b>		
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
<b>Agentes Bloqueadores De Canal De Calcio</b>		
<i>cartia xt oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	2	
<i>dilt-xr oral capsule, ext. rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	2	
<i>taztia xt oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	2	
<i>tiadylt er oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	4	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<b>Agentes Cardiovasculares, Varios</b>		
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	2	QL (4 per 30 days)
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<b>Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii</b>		
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG	3	QL (180 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	1	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	2	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	
<b>Dihidropiridinas</b>		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<b>Dislipidémicos</b>		
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	2	
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	1	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	3	QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM	2	QL (240 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM	2	QL (120 per 30 days)
<b>Diuréticos</b>		
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5- 25 mg, 75-50 mg</i>	1	
<b>Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina</b>		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i>	2	ST; QL (1200 per 30 days)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	
<b>Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina- Aldosterona</b>		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
<b>Vasodilatadores</b>		
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i>	2	
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	2	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i>	2	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 1.2 gram</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 800 mg</i>	2	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i>	4	
<b>Agentes De Enfermedad Osea Metabólica</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Osea Metabólica</b>		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	2	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	2	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	2	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	1	QL (1 per 28 days)
<b>Agentes De Trastorno De Sueño</b>		
<b>Agentes De Trastorno De Sueño</b>		
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	2	PA; QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central</b>		
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central</b>		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 5 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	2	
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	2	QL (900 per 30 days)



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 18 mg (bx rating), 27 mg, 27 mg (bx rating), 54 mg, 54 mg (bx rating)</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg, 36 mg (bx rating)</i>	2	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio</b>		
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros</b>		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
<b>Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados</b>		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 30 days)

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcglactuation, 80-4.5 mcglactuation</i>	2	QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcglactuation, 80-4.5 mcglactuation</i>	2	QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	2	QL (60 per 30 days)
<b>Antileucotrinicos</b>		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<b>Broncodilatadores</b>		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcglactuation</i>	2	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcglactuation</i>	2	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcglactuation</i>	2	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/3 ml (0.083 %)</i>	2	PA BvD; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	
<b>COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION</b>	3	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	2	PA BvD; QL (540 per 30 days)
<b>PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION</b>	4	QL (2 per 30 days)
<b>SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION</b>	3	QL (4 per 30 days)
<b>SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG</b>	2	QL (30 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	3	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<b>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	
KOURZEQ DENTAL PASTE 0.1 %	2	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	2	
<b>Agentes Dermatológicos</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos</b>		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	2	
<i>ala-scalp topical lotion 2 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	2	QL (100 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	
<b>Agentes Dermatológicos, Otros</b>		
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	1	
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	2	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	2	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	1	
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	1	
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	1	
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	5	NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	2	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	2	
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	2	QL (24 per 30 days)
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	1	
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB	1	
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	1	
<b>Antibacterianos Dermatológicos</b>		
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i>	2	QL (100 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	2	
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	2	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %</i>	2	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	2	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	1	QL (220 per 30 days)
<b>Escabicidas Y Pediculicidas</b>		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	2	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	2	QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Retinoides Dermatológicos</b>		
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	4	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	2	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	4	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	2	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	2	PA
<b>Agentes Gastrointestinales</b>		
<b>Agentes Antiúlceras Y Supresores De Acidos</b>		
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release (drlec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	2	
<b>Agentes Gastrointestinales, Otros</b>		
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	2	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	2	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	2	
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i>	2	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<b>Enlaces De Fosfato</b>		
<i>calcium acetate (phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	2	
<i>calcium acetate (phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	2	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	2	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Laxantes</b>		
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i>	2	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	2	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	2	
<b>Agentes Genitourinarios</b>		
<b>Agentes Genitourinarios, Varios</b>		
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	1	
<b>Antiespasmódicos, Urinario</b>		
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	3	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	
<b>Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador</b>		
<b>Agentes Tiroideos Y Antitiroideos</b>		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<b>Andrógenos</b>		
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	PA
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/1.25 gram (1 %)</i>	2	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	2	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1% (25 mg/2.5gram), 1% (50 mg/5 gram)</i>	2	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/lactuation (1.5 ml)</i>	2	PA; QL (180 per 30 days)
<b>Estrógenos Y Antiestrógenos</b>		
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	2	QL (18 per 28 days)
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (8 per 28 days)
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	2	QL (18 per 28 days)
<b>Glucocorticoides/Mineralocorticoides</b>		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	2	
HEMADY ORAL TABLET 20 MG	4	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	2	
<b>Pituitario</b>		
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	2	
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5	PA NSO; NDS

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (PED)	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA; NDS
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
<b>Progestinas</b>		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	4	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	2	
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG	4	PA BvD
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	2	PA BvD
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	2	PA BvD

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	5	PA; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	5	PA; NDS
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD; ST
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	5	PA; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	2	PA BvD
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NDS
<b>Vacunas</b>		
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	\$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	\$0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	3	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; \$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	3	\$0 copay; QL (1.5 per 365 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	3	\$0 copay; QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	3	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	3	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	3	\$0 copay
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	3	\$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; \$0 copay
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	3	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	3	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	3	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	3	\$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	3	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
<b>Agentes Oftálmicos</b>		
<b>Agentes Antiglaucoma</b>		
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	2	QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %, 0.2 %</i>	2	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	2	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	QL (2.5 per 25 days)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	2	
<b>Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta</b>		
<b>Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	2	QL (3.5 per 4 days)
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	2	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	1	
<b>Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	4	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/lactuation</i>	1	QL (16 per 30 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	QL (10 per 25 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	4	
<b>RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %</b>	3	QL (5.5 per 28 days)
<b>RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 %</b>	2	QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	3	ST; QL (32 per 30 days)
<b>Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios</b>		
<i>azelastine nasal aerosol,spray 137 mcg (0.1 %)</i>	2	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	2	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	2	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	2	QL (15 per 10 days)
<i>olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %</i>	2	QL (30.5 per 30 days)
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b>		
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b>		
<i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	QL (90 per 30 days)
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	2	
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	2	PA; QL (60 per 30 days)
<b>Analgésicos</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos</b>		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (drlec) 25 mg</i>	2	QL (150 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	2	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	2	PA; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram lactuation (2 %)</i>	5	PA; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>ec-naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i>	2	
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 375 mg</i>	2	
<b>Analgésicos, Varios</b>		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	2	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	2	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-300 mg, 5-325 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	2	PA; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	QL (300 per 30 days)
<b>MORPHINE ORAL TABLET 15 MG</b>	4	QL (180 per 30 days)
<b>MORPHINE ORAL TABLET 30 MG</b>	4	QL (120 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	2	PA; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 20 mg</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<b>Anestésicos</b>		
<b>Anestesia Local</b>		
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	2	PA
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i>	2	
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	3	PA; QL (90 per 30 days)
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b>		
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b>		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	5	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	5	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	2	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i>	2	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i>	5	PA; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>		
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>		
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	2	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	2	
<b>Antibacterianos</b>		
<b>Aminoglicósidos</b>		
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	5	PA BvD; NDS
<b>Antibacteriales, Misceláneos</b>		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohydlm-cryst oral capsule 100 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	3	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<b>Antibióticos B-Lactam Misceláneos</b>		
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	2	
<b>Cefalosporinas</b>		
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	2	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral capsule 750 mg</i>	2	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Macrólidos</b>		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i>	2	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	2	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	2	
<b>Penicilinas</b>		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	2	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<b>Quinolonas</b>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	2	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<b>Sulfonamidas</b>		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	
<b>Tetraciclinas</b>		
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<b>Anticonceptivos</b>		
<b>Anticonceptivos</b>		
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>drosiprone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	2	
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>iclevia oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>lutra (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	2	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	2	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tyblume oral tablet, chewable 0.1 mg- 20 mcg</i>	4	
<i>vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<b>Anticonvulsivos</b>		
<b>Anticonvulsivos</b>		
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	2	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	2	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	2	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	2	

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	2	
<b>EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML</b>	4	ST; QL (480 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) -100 mg (14)</i>	2	
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	2	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	2	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	2	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	2	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	2	QL (900 per 30 days)
<b>SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG</b>	4	ST; QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	ST; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	2	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<b>Antidepresivos</b>		
<b>Antidepresivos</b>		
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	2	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	2	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	QL (600 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release (dr/lec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release (dr/lec) 40 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	2	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	2	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<b>Antifúngicos</b>		
<b>Antifúngicos</b>		
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	2	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	2	QL (19.8 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	2	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	2	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i>	2	ST; QL (100 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	2	QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	2	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<b>Antihistamínicos</b>		
<b>Antihistamínicos</b>		
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	2	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	1	
<b>Antimicobacteriales</b>		
<b>Antimicobacteriales</b>		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
<b>Antivirales (Sitémico)</b>		
<b>Antirretrovirales</b>		
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	5	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i>	2	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NDS
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	2	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	5	NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NDS
<b>Antivirales Hcv</b>		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
<b>Antivirales, Varios</b>		
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	2	QL (84 per 180 days)



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i>	2	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i>	2	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	2	QL (540 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG	4	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG	4	QL (2 per 180 days)
<b>Interferones</b>		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
<b>Nucleósidos Y Nucleótidos</b>		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	2	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	2	
<b>Dispositivos</b>		
<b>Dispositivos</b>		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	2	
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	2	
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	2	
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	2	
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	2	
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	2	
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	2	
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	2	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	2	



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	2	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	2	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	2	
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	2	
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	2	
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	2	
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	2	
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	2	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	2	
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	2	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	2	
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	2	
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
NOVOFINE 30 NEEDLE	2	
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	2	
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	2	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	2	
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"	2	
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	2	
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	2	
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	2	
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4"	2	
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	2	
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	2	
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 29	2	
RELION MINI PEN 31G X 1/4" NDL 31 GAUGE X 1/4"	2	
RELION NEEDLES NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	2	
RELION PEN NEEDLES NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"	2	
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	2	
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
SECURES SAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	2	
SECURES SAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	2	
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	2	
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	2	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
TRUE COMFORT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	2	
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFE PACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	2	
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	2	
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"	2	
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>		
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>		
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	2	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	2	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	2	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1	PA BvD
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml (20 ml)</i>	2	PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9% intravenous parenteral solution</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	2	
<b>Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen</b>		
<b>Agentes Hematológicos, Varios</b>		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Anticoagulantes</b>		
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 per 30 days)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)-20 MG (9)	3	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	3	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
<b>Inhibidores De Agregación De Plaquetas</b>		
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	
<b>Modificadores De Formación De Sangre</b>		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 per 28 days)
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>		
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>		
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	3	
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i>	5	PA; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	5	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NDS
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i>	5	PA; NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	3	
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	
<b>Vitaminas Y Minerales</b>		
<b>Vitaminas Y Minerales</b>		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	2	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg - 374 mg</i>	2	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	2	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	2	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	2	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	2	
<i>obstetrix dha oral combo pack, tablet and cap, dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	2	
<i>o-cal prenatal tablet 15 mg iron- 1,000 mcg</i>	2	
<i>pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	2	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	2	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	2	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	2	
<i>prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i>	2	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	2	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	2	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	2	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	2	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	2	
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg</i>	2	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	2	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	2	

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	2	
<i>triveen-duo dha combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>vinate care oral tablet, chewable 40 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	2	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	2	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	
<i>virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg</i>	2	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	2	
<i>vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	2	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	2	
<i>vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron- 1 mg-200 mg</i>	2	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	2	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	2	

## ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS.....	41	ASSURE ID DUO-SHIELD..	42	<i>betamethasone, augmented</i> .....	19
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	41	ASSURE ID PEN NEEDLE..	42	<i>bicalutamide</i> .....	3
<i>abiraterone</i> .....	3	ASSURE ID PRO PEN NEEDLE.....	42	BIKTARVY.....	40
ABOUTTIME PEN NEEDLE.....	41, 42	ASTAGRAF XL.....	24	<i>bimatoprost</i> .....	27
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	30	<i>atenolol</i> .....	12	<i>blisovi 24 fe</i> .....	34
<i>acyclovir</i> .....	41	<i>atomoxetine</i> .....	16	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i> .....	34
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....	26	<i>atorvastatin</i> .....	13	BOOSTRIX TDAP.....	26
ADVAIR HFA.....	17	<i>atovaquone</i> .....	8	<i>breyana</i> .....	18
ADVOCATE PEN NEEDLE.....	42	<i>atovaquone-proguanil</i> .....	9	BRILINTA.....	63
ADVOCATE SYRINGES.....	42	<i>aubra eq</i> .....	34	<i>brimonidine</i> .....	27
<i>ala-cort</i> .....	19	<i>aviane</i> .....	34	BRUKINSA.....	3
<i>ala-scalp</i> .....	19	<i>azathioprine</i> .....	24	<i>budesonide-formoterol</i> .....	18
<i>albuterol sulfate</i> .....	18	<i>azelastine</i> .....	29	<i>buprenorphine hcl</i> .....	5
ALCOHOL PADS.....	20	<i>azithromycin</i> .....	33	<i>buprenorphine-naloxone</i> .....	5
ALECENSA.....	3	<i>bal-care dha</i> .....	64	<i>bupropion hcl</i> .....	38
<i>alendronate</i> .....	15	<i>bal-care dha essential</i> .....	64	<i>buspirone</i> .....	29
<i>allopurinol</i> .....	8	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE.....	42	<i>cabergoline</i> .....	9
<i>alprazolam</i> .....	6	BD ECLIPSE LUER-LOK.....	42	CABOMETYX.....	3
<i>altavera (28)</i> .....	34	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE.....	42	<i>calcipotriene</i> .....	20
ALTRENO.....	21	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE.....	43	<i>calcitriol</i> .....	15
<i>alyq</i> .....	29	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE.....	43	<i>calcium acetate (phosphat bind)</i> .....	21
<i>amiodarone</i> .....	11, 12	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE.....	43	<i>carbamazepine</i> .....	36
<i>amlodipine</i> .....	13	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE.....	43	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	9
<i>amlodipine-benazepril</i> .....	13	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE.....	43	CAREFINE PEN NEEDLE...	43
<i>ammonium lactate</i> .....	20	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE.....	43	CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD.....	20
<i>amoxicillin</i> .....	33	BD VEO INSULIN SYRINGE UF.....	43	CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....	44
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....	33	<i>benazepril</i> .....	14	CARETOUCH PEN NEEDLE.....	43, 44
<i>ampicillin</i> .....	33	<i>benztropine</i> .....	9	<i>cartia xt</i> .....	12
<i>anagrelide</i> .....	62			<i>carvedilol</i> .....	12
<i>anastrozole</i> .....	3			CAYSTON.....	32
AQINJECT PEN NEEDLE...	42			<i>cefdinir</i> .....	32
<i>aripiprazole</i> .....	9			<i>cefepodoxime</i> .....	32
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL.....	42			<i>cefuroxime axetil</i> .....	32
				<i>celecoxib</i> .....	29

<i>cephalexin</i> .....	32	<i>dapsone</i> .....	39	EASY COMFORT PEN	
<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	19	<i>deferasirox</i> .....	31	NEEDLES.....	47
<i>ciclopirox</i> .....	39	DEPO-SUBQ PROVERA		EASY COMFORT SAFETY	
<i>cinacalcet</i> .....	15	104.....	24	PEN NEEDLE.....	46, 47
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	28, 33	DESCOVY.....	40	EASY GLIDE INSULIN	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> ...	28	<i>desmopressin</i> .....	23	SYRINGE.....	47
<i>citalopram</i> .....	38	<i>dexamethasone</i> .....	23	EASY GLIDE PEN	
<i>clarithromycin</i> .....	33	<i>dexmethylphenidate</i> .....	16	NEEDLE.....	47
CLICKFINE PEN NEEDLE.....	44	<i>dextroamphetamine sulfate</i> .....	16	EASY TOUCH.....	47, 48
<i>clindamycin hcl</i> .....	32	<i>dextroamphetamine-</i>		EASY TOUCH INSULIN	
<i>clindamycin phosphate</i> .....	20	<i>amphetamine</i> .....	16	SYRINGE.....	47, 48
<i>clobetasol</i> .....	19	<i>diazepam</i> .....	6	EASY TOUCH PEN	
<i>clonazepam</i> .....	6	<i>diazepam intensol</i> .....	6	NEEDLE.....	47
<i>clonidine hcl</i> .....	11	<i>diclofenac sodium</i> .....	29, 30	EASY TOUCH SAFETY	
<i>clopidogrel</i> .....	63	<i>dicyclomine</i> .....	21	PEN NEEDLE.....	48
<i>clotrimazole</i> .....	39	<i>diltiazem hcl</i> .....	12	<i>ec-naproxen</i> .....	30
<i>clozapine</i> .....	9	<i>dilt-xr</i> .....	12	ELIGARD.....	3
<i>c-nate dha</i> .....	64	<i>divalproex</i> .....	36, 37	ELIGARD (3 MONTH).....	3
<i>colchicine</i> .....	8	<i>donepezil</i> .....	6	ELIGARD (4 MONTH).....	3
COMBIVENT RESPIMAT ...	18	<i>dorzolamide-timolol</i> .....	27	ELIGARD (6 MONTH).....	3
COMETRIQ.....	3	<i>dotti</i> .....	22	ELIQUIS.....	63
COMFORT EZ INSULIN		<i>doxy-100</i> .....	34	ELIQUIS DVT-PE TREAT	
SYRINGE.....	44, 45	<i>doxycycline hyclate</i> .....	34	30D START.....	63
COMFORT EZ PEN		<i>doxycycline monohydrate</i> .....	34	ELMIRON.....	29
NEEDLES.....	44	DROPLET INSULIN		EMBRACE PEN NEEDLE...	48
COMFORT EZ PRO		SYR(HALF UNIT).....	45, 46	EMGALITY PEN.....	8
SAFETY PEN NDL.....	45	DROPLET MICRON PEN		EMGALITY SYRINGE.....	8
COMFORT TOUCH PEN		NEEDLE.....	46	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ...	40
NEEDLE.....	45	DROPLET PEN NEEDLE...	46	<i>enalapril maleate</i> .....	14
<i>completenate</i> .....	64	DROPSAFE ALCOHOL		ENBREL.....	25
<i>constulose</i> .....	21	PREP PADS.....	20	ENBREL MINI.....	25
COSENTYX.....	24	DROPSAFE PEN NEEDLE..	46	ENBREL SURECLICK.....	25
COSENTYX (2 SYRINGES)..	24	<i>drosiprenone-ethinyl estradiol</i> ...	34	<i>endocet</i> .....	30
COSENTYX PEN (2 PENS)..	24	<i>duloxetine</i> .....	38	ENGERIX-B (PF).....	26
COSENTYX UNOREADY		DUPIXENT PEN.....	25	ENGERIX-B PEDIATRIC	
PEN.....	24	DUPIXENT SYRINGE.....	25	(PF).....	26
CREON.....	64	EASY COMFORT		<i>enpresse</i> .....	34
<i>cromolyn</i> .....	29	ALCOHOL PAD.....	20	<i>entecavir</i> .....	41
<i>cyclobenzaprine</i> .....	64	EASY COMFORT		ENTRESTO.....	13
<i>cyclophosphamide</i> .....	3	INSULIN SYRINGE.....	47	<i>enulose</i> .....	21

EPCLUSA.....	40	<i>glimepiride</i> .....	7	IBRANCE.....	3
<i>epinephrine</i> .....	13	<i>glipizide</i> .....	7	<i>ibu</i> .....	30
<i>epitol</i> .....	37	GRANIX.....	63	<i>ibuprofen</i> .....	30
<i>eplerenone</i> .....	14	<i>guanfacine</i> .....	11, 16	<i>iclevia</i> .....	34
EPRONTIA.....	37	<i>hailey 24 fe</i> .....	34	<i>imatinib</i> .....	3
ERLEADA.....	3	HAVRIX (PF).....	26	IMBRUVICA.....	3, 4
<i>ertapenem</i> .....	32	HEALTHWISE INSULIN		<i>imiquimod</i> .....	20
<i>erythromycin</i> .....	28	SYRINGE.....	49	INCONTROL ALCOHOL	
<i>escitalopram oxalate</i> .....	38	HEALTHWISE PEN		PADS.....	20
<i>estarylla</i> .....	34	NEEDLE.....	49	INCONTROL PEN	
<i>estradiol</i> .....	22, 23	HEALTHY ACCENTS		NEEDLE.....	49
<i>eszopiclone</i> .....	15	UNIFINE PENTIP.....	49	INLYTA.....	4
<i>everolimus (antineoplastic)</i> .....	3	HEMADY.....	23	<i>insulin aspart u-100</i> .....	7
<i>exemestane</i> .....	3	HUMIRA.....	25	INSULIN SYRINGE.....	43
EZALLOR SPRINKLE.....	13	HUMIRA PEN.....	25	INSULIN SYRINGE-	
<i>falmina (28)</i> .....	34	HUMIRA PEN PSOR-		NEEDLE U-100.....	48, 49, 50, 54
<i>famotidine</i> .....	21	UVEITS-ADOL HS.....	25	INSUPEN PEN NEEDLE.....	50
FARXIGA.....	6	HUMIRA(CF).....	25	INTRALIPID.....	11
FASENRA.....	17	HUMIRA(CF) PEDI		INVEGA HAFYERA.....	9
FASENRA PEN.....	17	CROHNS STARTER.....	25	INVEGA SUSTENNA.....	9, 10
<i>fenofibrate</i> .....	13	HUMIRA(CF) PEN.....	25	INVEGA TRINZA.....	10
<i>finasteride</i> .....	22	HUMIRA(CF) PEN		<i>ipratropium bromide</i> .....	29
<i>flecainide</i> .....	12	CROHNS-UC-HS.....	25	<i>ipratropium-albuterol</i> .....	18
<i>fluconazole</i> .....	39	HUMIRA(CF) PEN		<i>isoniazid</i> .....	39
<i>fluocinonide</i> .....	19	PEDIATRIC UC.....	25	<i>isosorbide mononitrate</i> .....	15
<i>fluorometholone</i> .....	28	HUMIRA(CF) PEN PSOR-		<i>ivermectin</i> .....	9
<i>fluorouracil</i> .....	20	UV-ADOL HS.....	25	JAKAFI.....	4
<i>fluoxetine</i> .....	38	HUMULIN R U-500		JANUVIA.....	6
<i>fluticasone propionate</i> .....	28	(CONC) INSULIN.....	7	JARDIANCE.....	6
<i>fluticasone propion-salmeterol</i> ..	18	HUMULIN R U-500		<i>jasmiel (28)</i> .....	34
<i>folivane-ob</i> .....	64	(CONC) KWIKPEN.....	7	<i>javygtor</i> .....	64
FREESTYLE PRECISION....	49	<i>hydralazine</i> .....	13	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i> .....	34
FULPHILA.....	63	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	14	<i>junel fe 1/20 (28)</i> .....	34
<i>furosemide</i> .....	14	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .....	30	<i>junel fe 24</i> .....	35
<i>gabapentin</i> .....	37	<i>hydrocortisone</i> .....	19	KERENDIA.....	15
GARDASIL 9 (PF).....	26	<i>hydroxychloroquine</i> .....	9	<i>ketoconazole</i> .....	39
<i>gavilyte-c</i> .....	22	<i>hydroxyurea</i> .....	3	<i>ketorolac</i> .....	28
<i>gavilyte-g</i> .....	22	<i>hydroxyzine hcl</i> .....	39	<i>klor-con m10</i> .....	62
<i>generlac</i> .....	21	<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	29	<i>klor-con m15</i> .....	62
GENVOYA.....	40	<i>ibandronate</i> .....	15	<i>klor-con m20</i> .....	62

<i>kosher prenatal plus iron</i> .....	64	LUPRON DEPOT (3 MONTH).....	4, 23	<i>methylphenidate hcl</i> .....	16, 17
KOURZEQ.....	19	LUPRON DEPOT (4 MONTH).....	4	<i>metoclopramide hcl</i> .....	21
<i>kurvelo (28)</i> .....	35	LUPRON DEPOT (6 MONTH).....	4	<i>metoprolol succinate</i> .....	12
<i>lactulose</i> .....	21	LUPRON DEPOT-PED.....	24	<i>metoprolol tartrate</i> .....	12
<i>lamotrigine</i> .....	37	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH).....	24	<i>metronidazole</i> .....	20, 32
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i> .....	35	<i>lutera (28)</i> .....	35	MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE.....	51
<i>larin fe 1/20 (28)</i> .....	35	<i>lyllana</i> .....	23	MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE.....	51
<i>latanoprost</i> .....	27	LYNPARZA.....	4	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i> .....	35
LENVIMA.....	4	<i>malathion</i> .....	20	<i>mili</i> .....	35
<i>lessina</i> .....	35	<i>marlissa (28)</i> .....	35	MINI ULTRA-THIN II.....	51
<i>letrozole</i> .....	4	<i>marnatal-f</i> .....	64	<i>mirtazapine</i> .....	38
<i>leucovorin calcium</i> .....	29	<i>matzim la</i> .....	12	MITIGARE.....	8
<i>leuprolide</i> .....	4	MAVYRET.....	40	M-M-R II (PF).....	27
<i>leuprolide (3 month)</i> .....	4	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE.....	51	<i>m-natal plus</i> .....	64
<i>levetiracetam</i> .....	37	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE.....	51	<i>modafinil</i> .....	15
<i>levocarnitine (with sugar)</i> .....	29	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	51	MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE.....	52
<i>levocetirizine</i> .....	39	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE.....	51	MONOJECT INSULIN SYRINGE.....	52
<i>levofloxacin</i> .....	33	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	51	MONOJECT INSULIN SYRINGE.....	52
<i>levonest (28)</i> .....	35	<i>medroxyprogesterone</i> .....	24	MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN.....	59
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> .....	35	<i>mefloquine</i> .....	9	<i>montelukast</i> .....	18
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> .....	35	<i>meloxicam</i> .....	30	<i>morphine</i> .....	30, 31
<i>levora-28</i> .....	35	<i>memantine</i> .....	6	MORPHINE.....	30
<i>levothyroxine</i> .....	22	MENACTRA (PF).....	27	<i>morphine concentrate</i> .....	30
<i>lidocaine</i> .....	31	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	27	MULTAQ.....	12
<i>lidocaine hcl</i> .....	31	<i>mercaptopurine</i> .....	4	<i>mupirocin</i> .....	20
<i>lidocaine viscous</i> .....	31	<i>meropenem</i> .....	32	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	25
LINZESS.....	21	<i>merzee</i> .....	35	<i>mynatal</i> .....	64
<i>lisinopril</i> .....	14	<i>mesalamine</i> .....	15	<i>mynatal advance</i> .....	64
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	14	<i>metformin</i> .....	6	<i>mynatal plus</i> .....	64
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES.....	50	<i>methimazole</i> .....	22	<i>mynatal-z</i> .....	64
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE.....	50, 51	<i>methotrexate sodium</i> .....	4	<i>mynate 90 plus</i> .....	65
<i>lithium carbonate</i> .....	16	<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....	4	MYRBETRIQ.....	22
<i>loryna (28)</i> .....	35			<i>naproxen</i> .....	30
<i>losartan</i> .....	13			<i>neomycin</i> .....	32
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> ...	13				
<i>lubiprostone</i> .....	21				
LUMIGAN.....	27				
LUPRON DEPOT.....	23				

<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i> .....	28	<i>oseltamivir</i> .....	40, 41	<i>prednisolone acetate</i> .....	28
<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....	28	<b>OTEZLA</b> .....	26	<i>prednisone</i> .....	23
<i>newgen</i> .....	65	<b>OTEZLA STARTER</b> .....	26	<i>pregabalin</i> .....	37
<i>nifedipine</i> .....	13	<i>oxcarbazepine</i> .....	37	<b>PREMARIN</b> .....	23
<i>nikki (28)</i> .....	35	<i>oxybutynin chloride</i> .....	22	<b>PREMPHASE</b> .....	23
<b>NINLARO</b> .....	4	<i>oxycodone</i> .....	31	<b>PREMPRO</b> .....	23
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	32	<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	31	<i>prenal true</i> .....	65
<i>nitrofurantoin monohydr/m-cryst</i> .....	32	<b>OXYCONTIN</b> .....	31	<i>prenaissance</i> .....	65
<i>nitroglycerin</i> .....	15	<b>OZEMPIC</b> .....	7	<i>prenaissance plus</i> .....	65
<i>niva-plus</i> .....	65	<i>pacerone</i> .....	12	<i>prenatabs fa</i> .....	65
<b>NORDITROPIN FLEXP</b>	24	<b>PALYNZIQ</b> .....	64	<i>prenatal 19</i> .....	65
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> ...35		<i>pantoprazole</i> .....	21	<i>prenatal 19 (with docusate)</i> .....65	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> ...35		<b>PEGASYS</b> .....	41	<i>prenatal low iron</i> .....	65
<b>NOVOFINE 30</b> .....	52	<i>peg-electrolyte soln</i> .....	22	<i>prenatal plus</i> .....	65
<b>NOVOFINE 32</b> .....	52	<b>PEN NEEDLE</b> .....	49, 52, 54	<i>prenatal plus (calcium carb)</i> .....65	
<b>NOVOFINE PLUS</b> .....	52	<b>PEN NEEDLE, DIABETIC</b>		<i>prenatal vitamin plus low iron</i> ...65	
<b>NOVOLIN R FLEXPEN</b> .....	7	.....	45, 51, 52, 54	<i>prenatal-u</i> .....	65
<b>NOVOLIN R REGULAR</b>		<b>PEN NEEDLE, DIABETIC,</b>		<i>preplus</i> .....	65
<b>U100 INSULIN</b> .....	7	<b>SAFETY</b> .....	54	<i>pretab</i> .....	65
<b>NOVOTWIST</b> .....	52	<i>penicillin v potassium</i> .....	33	<b>PREVENT DROPSAFE</b>	
<b>NUCALA</b> .....	17	<b>PENTIPS</b> .....	52, 53	<b>PEN NEEDLE</b> .....	53
<b>NUTRILIPID</b> .....	11	<i>periogard</i> .....	19	<b>PREZCOBIX</b> .....	40
<i>nyamyc</i> .....	39	<i>permethrin</i> .....	20	<b>PRIORIX (PF)</b> .....	27
<i>nymyo</i> .....	35	<b>PERSERIS</b> .....	10	<b>PRO COMFORT</b>	
<i>nystatin</i> .....	39	<i>phenobarbital</i> .....	37	<b>ALCOHOL PADS</b> .....	20
<i>nystop</i> .....	39	<b>PIP PEN NEEDLE</b> .....	53	<b>PRO COMFORT INSULIN</b>	
<i>obstetrix dha</i> .....	65	<i>pnv 29-1</i> .....	65	<b>SYRINGE</b> .....	53
<i>obstetrix dha prenatal duo</i> .....	65	<i>pnv-dha + docusate</i> .....	65	<b>PRO COMFORT PEN</b>	
<i>o-cal prenatal</i> .....	65	<i>pnv-omega</i> .....	65	<b>NEEDLE</b> .....	53
<b>ODEFSEY</b> .....	40	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> ..28		<b>PROAIR RESPICLICK</b> .....	18
<i>ofloxacin</i> .....	28	<b>POMALYST</b> .....	4	<i>proctosol hc</i> .....	19
<i>olanzapine</i> .....	10	<i>portia 28</i> .....	35	<i>proctozone-hc</i> .....	19
<i>olmesartan</i> .....	13	<i>potassium chloride</i> .....	62	<b>PRODIGY INSULIN</b>	
<i>olopatadine</i> .....	29	<i>potassium citrate</i> .....	62	<b>SYRINGE</b> .....	53
<i>omeprazole</i> .....	21	<i>pr natal 400</i> .....	65	<i>progesterone micronized</i> .....	24
<i>ondansetron</i> .....	8	<i>pr natal 400 ec</i> .....	65	<b>PROGRAF</b> .....	26
<i>ondansetron hcl</i> .....	8	<i>pr natal 430</i> .....	65	<b>PROMACTA</b> .....	63
<b>ORILISSA</b> .....	24	<i>pr natal 430 ec</i> .....	65	<i>promethazine</i> .....	8
		<i>pramipexole</i> .....	9	<i>promethegan</i> .....	8
		<i>pravastatin</i> .....	13	<i>propranolol</i> .....	12

PROSOL 20 %.....	11	SHINGRIX (PF).....	27	TAFINLAR.....	5
PULMOZYME.....	64	<i>sildenafil (pulm. hypertension)</i> ..	29	TAGRISSE.....	5
PURE COMFORT		<i>simvastatin</i> .....	14	<i>tamoxifen</i> .....	5
ALCOHOL PADS.....	20	SKY SAFETY PEN		<i>tamsulosin</i> .....	22
PURE COMFORT PEN		NEEDLE.....	54	<i>tarina 24 fe</i> .....	36
NEEDLE.....	53, 54	<i>sodium chloride 0.9 %</i> .....	62	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> .....	36
PURE COMFORT SAFETY		SOLTAMOX.....	4	<i>taron-c dha</i> .....	65
PEN NEEDLE.....	53	SPIRIVA RESPIMAT.....	18	<i>taron-prex prenatal-dha</i> .....	66
PURIXAN.....	4	SPIRIVA WITH		TASIGNA.....	5
<i>pyridostigmine bromide</i> .....	29	HANDIHALER.....	18	<i>tazarotene</i> .....	21
<i>quetiapine</i> .....	10	<i>spironolactone</i> .....	14	TAZORAC.....	21
RECOMBIVAX HB (PF).....	27	<i>sprintec (28)</i> .....	35	<i>taztia xt</i> .....	12
RELION NEEDLES.....	54	SPRITAM.....	37, 38	TECHLITE INSULN	
RELION PEN NEEDLES.....	54	SPRYCEL.....	5	SYR(HALF UNIT).....	55
REPATHA PUSHTRONEX..	14	<i>sronyx</i> .....	35	TECHLITE PEN NEEDLE	
REPATHA SURECLICK.....	14	STELARA.....	26	.....	55, 56
REPATHA SYRINGE.....	14	<i>subvenite</i> .....	38	TECHLITE PLUS PEN	
RESTASIS.....	28	<i>sucralfate</i> .....	21	NEEDLE.....	56
RESTASIS MULTIDOSE.....	28	<i>sulfadiazine</i> .....	33	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ....	40
RETACRIT.....	63	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	34	<i>terbinafine hcl</i> .....	39
REXULTI.....	10	<i>sulfasalazine</i> .....	15	<i>terconazole</i> .....	32
<i>rifampin</i> .....	39, 40	<i>sumatriptan succinate</i> .....	8	TERUMO INSULIN	
<i>risperidone</i> .....	10	SURE COMFORT INS.		SYRINGE.....	56
<i>rizatriptan</i> .....	8	SYR. U-100.....	54	<i>testosterone</i> .....	22
<i>r-natal ob</i> .....	65	SURE COMFORT		<i>testosterone cypionate</i> .....	22
<i>ropinirole</i> .....	9	INSULIN SYRINGE.....	55	THINPRO INSULIN	
<i>rosuvastatin</i> .....	14	SURE COMFORT PEN		SYRINGE.....	56
RYBELSUS.....	7	NEEDLE.....	55	<i>tiadylt er</i> .....	12
SAFETY PEN NEEDLE.....	54	SURE COMFORT SAFETY		<i>timolol maleate</i> .....	28
<i>sapropterin</i> .....	64	PEN NEEDLE.....	54	TIVICAY.....	40
SECURESAFE INSULIN		SURE-FINE PEN		TIVICAY PD.....	40
SYRINGE.....	54	NEEDLES.....	55	<i>tizanidine</i> .....	64
SECURESAFE PEN		SURE-JECT INSULIN		<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> .....	32
NEEDLE.....	54	SYRINGE.....	55	TOPCARE CLICKFINE.....	56
<i>select-ob</i> .....	65	SURE-PREP ALCOHOL		TOPCARE ULTRA	
<i>select-ob (folic acid)</i> .....	65	PREP PADS.....	20	COMFORT.....	56
<i>se-natal 19 chewable</i> .....	65	<i>syeda</i> .....	36	<i>topiramate</i> .....	38
<i>sertraline</i> .....	38	SYMITUZA.....	40	TOUJEO MAX U-300	
<i>setlakin</i> .....	35	<i>tacrolimus</i> .....	19, 26	SOLOSTAR.....	7
<i>sevelamer carbonate</i> .....	21	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i> ..	29		



TOUJEO SOLOSTAR U-300	TRULICITY .....	7	UNIFINE PENTIPS	
INSULIN .....	TWINRIX (PF) .....	27	MAXFLOW .....	60
<i>tramadol</i> .....	<i>tyblume</i> .....	36	UNIFINE PENTIPS PLUS ...	60
<i>tranexamic acid</i> .....	ULTICARE .....	58	UNIFINE PENTIPS PLUS	
TRAVASOL 10 % .....	ULTICARE INSULIN		MAXFLOW .....	60
<i>trazodone</i> .....	SYRINGE .....	57	UNIFINE PROTECT .....	61
TRELEGY ELLIPTA .....	ULTICARE PEN NEEDLE ..	58	UNIFINE SAFECONTROL ..	61
<i>tretinoin</i> .....	ULTICARE SAFETY PEN		UNIFINE ULTRA PEN	
<i>triamcinolone acetonide</i> .....	NEEDLE .....	58	NEEDLE .....	61
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> ..	ULTIGUARD SAFEPACK-		<i>ursodiol</i> .....	21
<i>trientine</i> .....	INSULIN SYR .....	58	UZEDY .....	10, 11
<i>tri-estarylla</i> .....	ULTIGUARD SAFEPACK-		<i>valacyclovir</i> .....	41
TRIKAFTA .....	PEN NEEDLE .....	58	<i>valsartan</i> .....	13
<i>tri-legest fe</i> .....	ULTILET ALCOHOL		VANISHPOINT SYRINGE ..	61
<i>tri-lo-estarylla</i> .....	SWAB .....	20	VAQTA (PF) .....	27
<i>tri-lo-sprintec</i> .....	ULTILET INSULIN		<i>varenicline</i> .....	5
<i>tri-mili</i> .....	SYRINGE .....	50, 58	VARIVAX (PF) .....	27
<i>tri-nymyo</i> .....	ULTILET PEN NEEDLE .....	58	VASCEPA .....	14
<i>tri-sprintec (28)</i> .....	ULTRA COMFORT		VEMLIDY .....	40
TRIUMEQ .....	INSULIN SYRINGE ..	46, 49, 59	VENCLEXTA .....	5
TRIUMEQ PD .....	ULTRA FLO INSULIN		VENCLEXTA STARTING	
<i>triveen-duo dha</i> .....	SYRINGE .....	59	PACK .....	5
<i>trivora (28)</i> .....	ULTRA FLO PEN NEEDLE	59	<i>venlafaxine</i> .....	38, 39
<i>tri-vylibra</i> .....	ULTRA THIN PEN		<i>verapamil</i> .....	13
<i>tri-vylibra lo</i> .....	NEEDLE .....	59	VERIFINE INSULIN	
TROPHAMINE 10 % .....	ULTRACARE INSULIN		SYRINGE .....	62
TRUE COMFORT	SYRINGE .....	59	VERIFINE PEN NEEDLE ...	61
ALCOHOL PADS .....	ULTRACARE PEN		VERIFINE PLUS PEN	
TRUE COMFORT	NEEDLE .....	59	NEEDLE .....	61
INSULIN SYRINGE .....	ULTRA-THIN II (SHORT)		VERIFINE PLUS PEN	
TRUE COMFORT PEN	INS SYR .....	60	NEEDLE-SHARP .....	62
NEEDLE .....	ULTRA-THIN II (SHORT)		VERSACLOZ .....	11
TRUE COMFORT PRO	PEN NDL .....	60	VERZENIO .....	5
ALCOHOL PADS .....	ULTRA-THIN II INS PEN		<i>vestura (28)</i> .....	36
TRUE COMFORT PRO INS	NEEDLES .....	60	<i>vienna</i> .....	36
SYRINGE .....	ULTRA-THIN II INSULIN		<i>vinate care</i> .....	66
TRUE COMFORT SAFETY	SYRINGE .....	60	VIREAD .....	40
PEN NEEDLE .....	UNIFINE PEN NEEDLE .....	60	<i>virt-c dha</i> .....	66
TRUEPLUS INSULIN .....	UNIFINE PENTIPS .....	52, 60	<i>virt-nate dha</i> .....	66
TRUEPLUS PEN NEEDLE ..			<i>virt-pn dha</i> .....	66

<i>virt-pn plus</i> .....	66
<i>vitafol gummies</i> .....	66
<i>vitafol nano</i> .....	66
<i>vitafol-ob+dha</i> .....	66
<i>vp-ch-pnv</i> .....	66
<i>vp-pnv-dha</i> .....	66
<b>VRAYLAR</b> .....	11
<i>vylibra</i> .....	36
<b>WEBCOL</b> .....	20
<i>wixela inhub</i> .....	18
<b>XARELTO</b> .....	63
<b>XARELTO DVT-PE TREAT</b>	
<b>30D START</b> .....	63
<b>XELJANZ</b> .....	26
<b>XELJANZ XR</b> .....	26
<b>XHANCE</b> .....	29
<b>XIFAXAN</b> .....	32
<b>XOFLUZA</b> .....	41
<b>XOLAIR</b> .....	17
<b>XTANDI</b> .....	5
<i>yuvafem</i> .....	23
<i>zafirlukast</i> .....	18
<b>ZARXIO</b> .....	63
<i>zatean-pn dha</i> .....	66
<i>zatean-pn plus</i> .....	66
<b>ZENPEP</b> .....	64
<i>zingiber</i> .....	66
<i>ziprasidone hcl</i> .....	11
<i>zolpidem</i> .....	16
<b>ZTLIDO</b> .....	31